Rok XXXII. Kraków, 25. Marca 1893. Nr. 12.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. Zniekształcenie źrenicy, przy nierównomiernem jej oddziaływaniu.

Opisał
Dr. med. Br. Ziemiński,
Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

Objawy źreniczne odgrywają ważną rolę w semiotyce chorób układu nerwowego. Liczne badania, podjęte przez okulistów i newropatologów w drugiej połowie bieżącego stulecia, wykazały niemałą wartość rozpoznawczą przynajmniej takich objawów ocznych, jakiemi są zwężenie i nierówność źrenic a zwłaszcza brak ich zwrotnej ruchomości (odrętwienie zwrotne, objaw Argyll-Robertsona, *reflectorische Pupillenstarre*). Lecz ściśle rzeczy biorąc, dochodzi się niebawem do wniosku, iż mimo olbrzymiego materyału klinicznego, jaki zdołano nagromadzić, zboczeń czynnościowych tęczówki dotąd wszechstronnie nie zbadano. Przeto niewątpliwie pożądanym jest każdy przyczynek, mogący wykazać odrębność cech pewnych objawów źrenicznych w pewnych chorobach lub w pewnej grupie chorób układu nerwowego.

Tym razem mam na celu dokładniejsze omówienie jednego z nader mało znanych zboczeń ruchowych tęczówki a na podstawie kilkoletnich badań osobistych i osobiście zebranych wyników statystycznych, zamierzam bliżej określić znaczenie tego objawu w rozpoznawaniu niektórych chorób nerwowych.

Prawie w samym środku [1]) tęczówki znajduje się otwór, zwany źrenicą; ma on postać zazwyczaj okrągłą, czasem w tym lub owym kierunku nieco spłaszczoną, owalną. Przy średniej szerokości źrenicy, otaczający ją rąbek tęczówki (brzeg źreniczny) tworzy nie właściwa tęczówka (stanowiąca główną istotę tej błony), lecz wyłączna warstwa tęczówki, tak zw. błona barwikowa — Nieraz widać dokładnie, że źrenica jest jakby obrąbkiem czarnym otoczona; najwyraźniej dostrzega się to w oczach z bardzo jasną tęczówką, zwłaszcza gdy źrenica zabielona jest zaćmą. Brzeg źreniczny nie bywa zwykle zupełnie gładki, ale okazuje pewne ząbkowanie, co staje się najwidoczniejszem, gdy źrenica dochodzi do największego stopnia zwężenia (*miosis*), jak to się dzieje po zapuszczeniu do oka ezeryny lub innego *mioticum* [1]).

Średnica otworu źrenicznego zmienia się równomiernie przy każdym ze znanych odruchów i współruchów tęczówki.

Umyślnie podałem tych kilka szczegółów, napotykanych w warunkach prawidłowych, aby ułatwić zrozumienie dalszego opisu i dobitniej zaznaczyć znamienne cechy chorobowe objawu, którym poniżej zajmę uwagę czytelnika.

Klinicy francuzcy pierwsi, śmiało rzec można, zrozumieli całą doniosłość badania wejrzenia źrenicy; stąd też w dziełach francuskiej szkoły lekarskiej, śród wielu cennych spostrzeżeń nad różnemi zboczeniami, co do oddziaływania i co do postaci źrenicy, spotykamy pierwszą wzmiankę o zniekształceniu źrenicy i nierównomiernem oddziaływaniu różnych wycinków tęczówki. Zrazu nie nadawano znaczenia temu spostrzeżeniu, z czasem poszło ono w zapomnienie, aż Austin i Mobèche ponownie zwrócili uwagę na to szczególne wejrzenie źrenicy i zaakcentowali jego obecność w pewnych groźniejszych zboczeniach w układzie nerwowym. Wówczas i niemieccy newropatolodzy, jak Moeli i Salgo, poświęcili krótkie wzmianki temu przedmiotowi.

[1]) Zbacza nieco ku dołowi i na wewnątrz tam, gdzie przechodzi oś wzrokowa gałki ocznej.

[1]) W ogóle w zwężeniu źrenicy tylna część tęczówki wypukla się ku przodowi przez otwór źreniczny, przednia zaś część przesuwa się ku obwodowi — odśrodkowo (w stosunku do środka źrenicy). Natomiast w rozszerzeniu się źrenicy tylna część cofa się a przednia zsuwa się w kierunku dośrodkowym (ku środkowi źrenicy).

Cecha, znamionująca omawiany objaw chorobowy polega na zboczeniu źrenicy od prawidłowej postaci: źrenica staje się nieprawidłowo wielokątną — kątowatą [1]). To zniekształcenie zarysu źrenicznego występuje, mimo, iż brak jest jakichkolwiek przeszkód mechanicznych w czynności tęczówki, mimo, że źrenica jest „zupełnie wolną“. W takiej postaci źrenica bywa zwykle zwężona lub średnio szeroka. Postać kątowata uwydatnia się tem bardziej, im znaczniejsze jest zwężenie (*miosis*). Co ważniejsza, w przeważnej części przypadków źrenica jest wrażliwą na światło a już prawie zawsze oddziaływa na zbieżność (konwergencyę) osi ócz i na nastawienie (akomodacyę); bezwzględna nieruchomość należy tu do wyjątków. Zazwyczaj cały objaw występuje jasno, gdy oglądamy źrenicę w świetle dziennem; niekiedy jednak, w przypadkach wątpliwych, należy uciec się do badania w ciemni: gdy nagle oświetlimy dno oka za pomocą wziernika, zaznaczy się nieprawidłowy zarys tęczówki dobitnie na tle czerwonawo oświetlonem. Jeżeli źrenica jest szeroka, co tu rzadko się zdarza, uwydatnić można objaw zniekształcenia źrenicy, zwęziwszy ją sztucznie za pomocą jednego z miotyków. Objaw, w mowie będący, można zwykle stwierdzić po obu stronach. Wreszcie ta nieprawidłowa postać źrenicy nie bywa stale jednaką; zdaje się, jakby nie zawsze też same włókna w tęczówce działały opieszale: widocznie niema się tu do czynienia z prawdziwem i zupełnem porażeniem rozmaitych włókien mięśniowych, lecz zachodzi tu pewna nierównomierność, nieprawidłowość i szybka zmienność w unerwieniu tęczówki.

Przejdźmy teraz do opisu wyniku naszych badań nad związkiem tego objawu ze stanem ogólnym zdrowia pacyentów.

Od roku 1884 po rok 1893 miałem sposobność ściślejszego spostrzegania 207 przypadków objawu, o którym mowa. Podaję jedynie przypadki, które przez czas dłuższy (co najmniej kilkomiesięczny) poddawano badaniu tak ocznemu, jako też i newropatologicznemu. Z pośród 207 badanych pacyentów (184 mężczyzn i 23 kobiet) u 168 (158 mężczyzn i 10 kobiet) stwierdzono niewątpliwe objawy bezwładu postępującego (zanik mózgu postępujący, ogłupienie poražne — *paralysis universalis progressiva*), 15 cierpiało na groźne skutki przewlekłego zatrucia ustroju wyskokiem, z objawami t. zw. bezwładu alkoholowego, 2 dotkniętych było bezwładem postępującym, sprowadzanym przez zatrucie ołowiem, 1 miał wyraźną epilepsyę, 5 ciężką postać neurastenii, 3 ciężkie postaci histeryi. W pozostałych 13 przypadkach (6 mężczyzn i 7 kobiet — wiek najstarszego z pacyentów tej kategoryi wynosił nie więcej nad lat 38 życia) zdołano po dłuższej obserwacyi odpowiednich chorych wykazać bezwład postępujący, powikłany w 7 przypadkach z objawami wiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*), w 2 z objawami kurczowego porażenia rdzenia (*paralysis spinalis spastica*), wreszcie w 4 ze stwardnieniem mózgordzeniowem rozsianem (*sclérose en plaques du cerveau et de la moelle épinière*).

W dziewięcioletnim niemal okresie czasu, w którym ściśle zwracałem uwagę na obecność objawu zniekształcenia źrenicy obok nierównomiernego jej oddziaływania, spostrzegałem znacznie większą liczbę przypadków tego rodzaju, aniżeli owe 207, które objąłem powyższem zestawieniem statystycznem; tu uwzględniłem li tylko takich pacyentów, których mogłem spostrzegać przez dłuższy przeciąg czasu; przekonałem się bowiem, iż nawet najbardziej wyrobionym, najwybitniejszym newropatologom rozpoznanie niewątpliwe a trafne bezwładu ogólnego nastręcza w licznych przypadkach wiele trudności, które często może pokonać tylko dłuższe spostrzeganie chorego. Bezwład postępujący jest pod względem anatomicznym jednolitszą postacią chorobową, aniżeli pod względem klinicznym.

Przeważna część pacyentów, o których mowa, znajdowała się w mojej obserwacyi przez rok czasu z górą a wielu i przez lat 2 a nawet więcej. U dziewięciu pacyentów — wszystko to były ciężkie postacie różnych zboczeń w układzie nerwowym — mimo, że tych chorych wielokrotnie w dłuższych odstępach czasu badano [1]), nie udało się wykazać obok w mowie będącego objawu źrenicznego oznak postępującego zaniku mózgu. Natomiast co do pozostałych 198 przypadków, stwierdzono stanowczo, iż zniekształcenie zrenicy wystąpiło u osób, u których albo równocześnie już istniały różnorodne objawy bezwładu postępującego albo też w przypadkach, w których dalsza obserwacya pozwoliła rozpoznać niewątpliwie taki bezwład. O ile ze spostrzeganej przezemnie seryi przypadków wnosić wolno, orzec mogę, iż w mowie będący objaw źreniczny należy do wczesnych objawów postępującego zaniku mózgu; nader często daje się on spostrzegać w t. z. *stadium praemonitorium* (Sander). Z czasem objaw ten o tyle modyfikuje się, iż źrenice, pierwotnie równie szerokie po obu stronach, dosyć nagle okazują się wydatnie nierównemi; przy tem źrenica szersza oddziaływa leniwiej na bodźce swoiste, aż wreszcie traci wrażliwość na światło.

W wymienionej liczbie chorych dostrzegłem wyraźną nierówność źrenic w 103 przypadkach, w których istniały niewątpliwe objawy rozwiniętego zaniku mózgu. Zniekształcenie źrenicy, powikłane z brakiem zwrotnej ruchomości (objaw Argylla-Robertsona), było w dziewięciu przypadkach: w 7 po obu stronach, w 2 zaś tylko w oku lewem (u jednego z tych pacyentów stwierdziłem bezwzględną nieruchomość źrenicy prawej na wszelkie bodźce swoiste); badanie wziernikowe tych przypadków wykazało u sześciu pacyentów obustronny zanik nerwu wzrokowego, u trzech pozostałych wnętrze oka było zupełnie prawidłowe.

Zaznaczyć muszę, iż we wszystkich wspomnianych przypadkach źrenica była najzupełniej wolna; brak było jakichbądź przyczepów tęczówki do tkanek sąsiednich, w polu źrenicznem nie było śladu wysięku [2]). W ogóle, prócz 17 przypadków kiłowego zapalenia głębszych błon oka (*Chorioretinitis specifica*) tudzież 11 przypadków porażeń mięśniów, poruszających gałkę oczną oraz sześciu wyżej podanych przypadków zaniku nerwu wzrokowego, w oczach tych pacyentów nie dało się stwierdzić żadnych zboczeń chorobowych, mogących pozostawać w związku z omawianym objawem źrenicznym.

Jeżeli wyżej podaliśmy, iż na 207 przypadków zniekształcenia źrenicy obok nierówno-

[1]) Nazwę „źrenica ząbkowana“ uważam za niewłaściwą; powyżej bowiem zaznaczyłem, że już w stanie fizyologicznym istnieje pewien stopień ząbkowania brzegu źrenicznego.

[1]) Jeden przypadek najkrócej, bo tylko przez okres czasu siedmiomiesięczny — był to przypadek histeryi.

[2]) Tego rodzaju przypadków umyślnie nie pomieściłem w swoim wykazie statystycznym, chcąc uniknąć wszelkiej możliwości błędu w obserwacyi i w należytem rozpoznaniu.

miernego jej oddziaływania 198 razy stwierdzono postępujący bezwład ogólny, to wynik ten nie będzie raził, skoro bliżej poznajomimy się i dokładniej rozpatrzymy główne oznaki tego objawu oraz wspólność znamiennych cech owego objawu w zestawieniu z charakterystycznemi objawami postępującego zaniku mózgu.

W rzeczy samej, omawiane zboczenie ruchowe w tęczówce pozostaje w nader blizkim związku pokrewieństwa ze zboczeniami ruchowemi, cechującemi bezwład ogólny.

Żadna ze spraw chorobowych mózgu nie wykazuje tego rodzaju objawów zagłady, jak te, które napotyka się w ogłupieniu porażnem. Pominąwszy ostateczny obraz postępującego bezwładu, ów wybitnie porażny okres końcowy, w którym klinicznie okazuje się sprawa, dogorywająca w rdzeniu i doprowadzająca do zagłady pierwiastki ruchowe w substancyi korowej, stanowczo rzec można, iż zboczenia ruchowe, w zaniku mózgu, nie noszą piętna porażeń lub niedowładu i one to właśnie stanowią cechę rozpoznawczą postępującej sprawy zanikowej. Wiadomo, że podstawę bezwładu postępującego stanowi sprawa chorobowa, która nie niszczy wszystkich pierwocin danej części kory, przeto na czas dłuższy pozostają przewodniki i komórki dla wszelkich kojarzeń, czynność jest wprawdzie utrudnioną, lecz nie zniesioną, jak w ogniskowych cierpieniach mózgu. Ztąd też charakterystycznym dla tej choroby nie jest bezwład, który później przyłączyć się może, lecz jedynie zboczenie w ruchach i to bardziej skomplikowanych. Widać tu cały rozstrój: raz pewne braki, innym razem pewien nadmiar, pewną zbyteczność — w ogólności niesprawność, nierównomierność i niepewność działania mechanizmu korowego. A przecież te cechy zboczenia ruchowego znamionują właśnie zboczenie w ruchach tęczówki, zboczenie, na którem polega rozważany przez nas objaw źreniczny. Albowiem w zasadzie, w rozpatrywanem tu zniekształceniu źrenicy utrzymuje się ruchliwość tęczówki, lecz te ruchy są nieprawidłowe, nierównomierne a cała czynność tęczówki chroma, jest chwiejna i nacechowana szczególną niepewnością. W znacznej bądź co bądź seryi przypadków, zestawionych w tej pracy, dostrzeżono zaledwie nieliczne okazy braku ruchomości zwrotnej a tylko jedno oko wykazywało bezwzględną nieruchomość w obec bodźców swoistych dla źrenicy.

Zarówno, jak znamienne zboczenia ruchowe w postępującym zaniku mózgu, tak też i zniekształcenie nierównomiernie oddziaływającej źrenicy zdaje się, że jest pochodzenia korowego. Kora mózgu jest jednym z najprzedniejszych ośrodków ruchowych, ona to stanowi ośrodkowy punkt wyjścia dla wszelkich spraw ruchowych w ustroju. Wreszcie stwierdzono doświadczeniem, iż przez drażnienie przeróżnych okolic kory mózgowej już słabemi prądami wywołuje się zmiany w wymiarach źrenicy.

Na zakończenie, wysnuwając wniosek praktyczny z powyższego opisu, zaznaczmy, że w obec tego, iż nierówność źrenic — częsty zwiastun, a jeszcze częstszy towarzysz postępującego bezwładu — nie stanowi, jak wiadomo, oznaki ściśle znamionującej i niewątpliwie rozpoznawczej dla tej sprawy chorobowej [1]): przeto należałoby na przyszłość, zwłaszcza w napotykanych nieraz wątpliwych przypadkach tak groźnej choroby zwracać baczniejszą uwagę na obecność objawu zniekształcenia źrenicy nierównomiernie oddziaływającej, objawu, który jest niechybną oznaką poważnych zboczeń w układzie nerwowym a w przeważnej liczbie przypadków zapowiedzią rozwijającego się zaniku mózgu.

[1]) Nierówność źrenic można też stwierdzić w przypadkach kiły mózgu, tudzież wiądu rdzenia pacierzowego. Ten objaw nerwowy zwrotny, zdaje się, że polega na pewnych dotąd niezupełnie ściśle określonych zboczeniach w spółczulnym układzie nerwowym. Nierówność źrenic (*anisocoria*) zazwyczaj daje się też spostrzegać w wielu chorobach, którym towarzyszą zboczenia w ogólnym stanie ustroju, w wielu chorobach ściśle umiejscowionych, zwłaszcza po jednej stronie ciała, jak to nieraz zdarza się w zapaleniu płuc dławcowem i przewlekłem nieżytowem, w zapaleniu opłucny, dalej w kolce nerkowej, wreszcie chorobach serca, tętniakach tętnicy głównej i t. p.

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11.)

Przypady duszności zwężeniom tego rodzaju odpowiadające są te same, któreśmy wyżej opisali. Badanie laryngoskopijne wykaże nam jedną z powyżej opisanych form zwężenia. Zobaczymy tu zatem w razie ugniecenia jednej ściany guz okrągły lub podłużny, wtłaczający się a stósownie do tego światło tchawicy w kształcie szpary półksiężycowej. Guz taki łatwo można pomięszać z guzem nowotworowym; zwykle jednak od pomyłek uchronią chrząstki tchawicy, które, jeżeli nie na całym guzie, to przynajmniej na początku jego wypukłości, bywają wyraźne. Najłatwiej o tę pomyłkę w razie wtłoczenia tylnej ściany. W ugnieceniu z obu stron, t. j. w spłaszczeniu tchawicy widzieć będziemy szparę eliptyczną, najczęściej skośnie, rzadziej prosto z przodu w tył a najrzadziej poprzecznie lub prawie poprzecznie przebiegającą. W bardzo znacznem spłaszczeniu szpara zamiast eliptycznego przybierze kształt szczelinowy. Zagięcie tchawicy kątowate lub łukowate cechuje się w obrazie tem, że jedna ściana skośnie przebiega, jakby na dłuższej przestrzeni wgiętą była jednostajnie ku światłu, przez co bardzo łatwo w oko wpada, gdy druga ściana odchylając się od pionu niknie przed okiem naszem. Zwykle uda się ją dojrzeć dopiero przy skośnem ustawieniem zwierciadełka, uciśnięciu całej tchawicy ku stronie wklęsłej lub nachyleniu głowy chorego na stronę wypukłości łuku. Nieraz też trudno jest tu zobaczyć miejsce największego zwężenia, które się chowa przed okiem po stronie wypukłości łuku. Wydaje się ono wreszcie dla oka węższem, niż jest w istocie z powodu skośnego swego położenia. Okręcenie koło osi tchawicy zdradza się już skośnem ustawieniem głośni; nie można zaś o niem sądzić ze skośności szpary zwężenia, gdyż, jak wyżej podano, samo ugniecenie najczęściej wytwarza skośną szparę.

O przyczynie ugniecenia tchawicy można sądzić z dokładnego obejrzenia i obmacania szyi, fizycznego badania klatki piersiowej i t. p. W niektórych jednak razach nie wykażemy na tej drodze żadnej przyczyny albo wreszcie znajdziemy przyczynę do wytłómaczenia danego zwężenia niedostateczną. — To też należy już z samego obrazu laryngoskopijnego wysnuwać pewne wnioski, które zestawione z wynikiem badania szyi, klatki piersiowej, gardzieli i t. p.

mogą dopiero dać podstawę do rozpoznania przyczyny zwężenia. W tej mierze podnieść muszę co następuje: obrazów charakterystycznych ściśle dla pewnych tworów ugniatających tchawicę niema, ale mimo to umiejscowienie i forma zwężenia a czasem wystąpienie jego obok innych objawów, pozwala często domyśleć się przyczyny ugniecenia lub rozpoznać ją nawet napewno. I tak wpuklenie tylnej ściany tchawicy, czy to w postaci okrągłego guza, czy też podłużne na większej przestrzeni, każe nam przede wszystkiem myśleć o raku gardziela, który sprawia nieraz tego rodzaju ugniecenie. Najczęściej zdarza się to nad samym podziałem tchawicy, bo też i rak gardziela najczęściej się rozwija na wysokości tego podziału. Samo wpuklenie tylnej ściany tchawicy, do póki nowotwór na nią samą jeszcze nie przeszedł, cechuje się gładką powierzchnią; zwykle jednak dość szybko nowotwór na nią przechodzi, tak że i w gładkich wpukleniach przejścia tego wykluczyć nie można. Jeżeli jednak powierzchnia wyniosłości rzeczonej okaże się nierówną, zrazikowatą lub owrzodziałą, wtedy już niema wątpliwości, że rozwija się rak w samej tchawicy. Wpuklenie guzowate można pomięszać z włókniakiem, mięsakiem lub kilakiem na tylnej ścianie; pierwszy jednak należy do rzadkości, drugi też bardzo rzadki okazuje, jak już podano, zwykle zrazikowatą powierzchnię albo bywa podobny do brodawczaków. Wreszcie mięsaki, którem tu widział, wszystkie były dość bladej barwy, gdy wpuklona tylna ściana zachowuje swą zwykłą barwę. Kilakowi towarzyszą zwykle inne objawy, jak obrzmienie w sąsiedztwie, owrzodzenie a czasem blizny po przebytych wrzodach kiłowych. W pewnych jednak razach pomyłka byłaby możebną, podobnie jak między rakiem a wrzodami kiłowemi tchawicy. Wtłoczenie więcej podłużne dać może powód do pomięszania z przerostem błony śluzowej; jak jednak już wyżej wspomniano, nie zwykł on występować na samej tylnej ścianie a wreszcie przechodząc zwykle na sąsiednie ściany, zwraca się wklęsłością ku światłu tchawicy.

Jeżeli wpuklenie tylnej ściany tchawicy towarzyszy zwężeniu gardziela, wtedy rozpoznanie zyskuje więcej o jedną i to ważną podstawę; zwężenie jednak gardziela wcale nie jest konieczne; rak rozwijający się na przedniej jego ścianie może dość znacznie wpuklać się w tchawicę, zanim gardziel znacznie ścieśni. Czasem zwężenie gardziela przychodzi dopiero później. Ważnem jest też zachowanie się nerwów krtaniowych dolnych. Biegną one, jak wiadomo, w rowkach, jakie wytwarzają się pomiędzy tchawicą a gardzielem; nic więc dziwnego, że w raku rozwijającym się na przedniej ścianie gardziela i przechodzącym na tylną ścianę tchawicy bardzo łatwo mogą być przezeń zajęte. To też wystąpienie porażenia jednego albo i obu nerwów krtaniowych dolnych (*nn. laryngei recurrentes*) obok wgniecenia tylnej ściany tchawicy albo wątpliwego w niej samej nacieku, z wielkiem prawdopodobieństwem przemawia za rakiem gardziela lub tchawicy. Już samo porażenie obu nerwów krtaniowych dolnych, czy to zupełne i równe po obu stronach czy nie, każe myśleć przedewszystkiem o raku gardziela. Przy niem jednak nie będzie można widzieć tchawicy, gdyż wystąpić musi skutkiem porażenia tego zwężenie w głośni. Wobec tego nie można wnosić nawet z objawów o istnieniu zwężenia w tchawicy i dałoby się ono wybadać jedynie po tracheotomii. W porażeniu jednego nerwu krtaniowego dolnego może się udać, choć trudniej, niż przy prawidłowej głośni, ujrzeć zwierciadełkiem wpuklenie tylnej ściany tchawicy a wtedy rozpoznanie nie trudno zrobić; nie należy jednak zadawalniać się samem wykazaniem zwężenia bez dokładnego wybadania go; są bowiem i inne sprawy chorobowe, które obok ugniecenia n. krtaniowego dolnego sprowadzają daleko częściej zwężenie tchawicy choć w innej formie.

Oprócz raka gardziela ugniatać może także tylną ścianę tchawicy zaułek połykowy, w którym to razie wpuklenie zmienia swe rozmiary a nawet czasowo zupełnie niknie stósownie do napełnienia zaułka. Obmacanie dokładne szyi, wygniecenie przy tem powietrza z zaułka, zdradzające się trzeszczącym szmerem i uczuciem pod palcami, wreszcie badanie zgłębnikiem gardzielowym pozwolą zwykle rozpoznać sprawę na pewne.

Jako rzadką przyczynę wgniecenia tylnej ściany tchawicy wymienić muszę sprawy zapalne, względnie ropne, w tkance pomiędzy tchawicą a gardzielem powstałe. Widziałem przypadek, w którym na tle gruźliczem przyszło do ropienia w tem miejscu i zrazu do wpuklenia tylnej ściany tchawicy, potem do przebicia na obie strony i komunikacyi pomiędzy tchawicą a gardzielem. Punktem wyjścia tego ropienia był gruczoł limfatyczny gruźliczo przeobrażony, który z prawej strony wsunął się poza tchawicę. Zwrócić muszę uwagę, jak łatwo w tej sprawie mógł ucierpieć i nerw krtaniowy dolny po stronie prawej. Wogóle jednak ropienie w wiotkiej tkance pomiędzy tchawicą a gardzielem łatwiej może sprowadzić zacieki w śródsierdzie, niż ugniecenie tchawicy.

Powyżej już wspomniałem o przypadku, w którym gruczoł tarczykowy obejmujący tchawicę od tyłu ugniatał tylną jej ścianę, podobnie jak i o możebności takiego ugniecenia w razie większych ciał obcych w gardzielu.

Wtłoczenie jednej ściany tchawicy z boku na większej przestrzeni i w górnej jej części, zwłaszcza gdy mu towarzyszy wygięcie łukowate lub okręcenie koło osi tchawicy a jeszcze więcej spłaszczenie jej z obu boków, najczęściej jednak skośne i także w górnej jej części, każą, jeżeli nie można wybadać żadnej innej przyczyny na szyi, myśleć o wolu, choćby nie dało się wykazać powiększenia gruczołu tarczykowego. Gruczoł tarczykowy bowiem może się rozrastać na wewnątrz a że z trzech stron obejmuje tchawicę, najłatwiej przeto może sprowadzić ugniecenie w tej formie a zwłaszcza z obu stron, również jak wygięcie tchawicy. Obok zwężenia tchawicy może też wól wywołać i porażenie nerwu krtaniowego dolnego. Wól podmostkowy najłatwiej może sprowadzić ugniecenie w postaci szczeliny skośnej, podłużnej lub nawet poprzecznej; obraz ten jednak nie jest tak cechującym, gdyż i inne sprawy w śródpiersiu dać mogą podobny obraz a wól podmostkowy do rzadszych należy. Jednostronny wól podmostkowy (nie obejmujący tchawicy) nie łatwo może być przyczyną jej zwężenia. Przypominam sobie przypadek, w którym gruczoł tarczykowy nadliczbowy kolloidowo przeistoczony doszedł do znacznych rozmiarów i siedział głęboko w śródpiersiu ugniatając na lewy nerw krtaniowy dolny, nie sprowadził jednak zwężenia tchawicy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał
Dr. med. Karol Klecki,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11.)

W praktycznem zastósowaniu terapii surowiczej chodzi głównie o dwa warunki: szybkość, z jaką odporność nabyta występuje, oraz stopień, do jakiego dane zwierzę możemy zaimunizować czyli siłę odporności. Co się tyczy pierwszego, jest pewnem, że przy żadnej metodzie imunizacyjnej odporność nie występuje tak szybko, jak przy imunizowaniu surowicą zwierząt odpornych. Fakt ten możemy sobie łatwo wytłomaczyć tem, że, jeżeli w imunizacyi chodzi o jakąś substancyą o własnościach antytoksycznych, substancya ta podczas imunizacyi żyjącemi lub sterylizowanemi hodowlami w ustroju musi się dopiero wytworzyć, wówczas gdy przy imunizowaniu surowicą zwierzęcia odpornego substancyą tę gotową do ustroju wprowadzamy. Siła odporności nabytej zwierzęcia, zaimunizowanego surowicą, oczywiście zależy wprost od siły odporności ustroju, z którego wzięto surowicę Zwierzęta więc mające dostarczyć owej surowicy, muszą być jak najmocniej zaimunizowane; własności imunizacyjne surowicy tych zwierząt nie są jednak w prostej zależności od ilości jadu wprowadzonego do ich ustroju, lecz zależą od różnicy odporności, jaką dane zwierzęta przedstawiają przed imunizacyą oraz po niej. Trzeba więc do tych doświadczeń używać zwierząt podlegających, ile można, łatwo danemu zakażeniu oraz zaimunizować je sztucznie do jak największego stopnia; surowicą takich zwierząt jest jedynie dobrym materyałem imunizacyjnym oraz leczniczym.

Pierwszy Ehrlich, później Behring i inni stwierdzili, że siła odporności, nabyta przez szczepienie surowicy, stanowi tylko nieznaczny ułamek siły odporności zwierzęcia, które surowicy dostarczyło. Siłę tę oblicza się w następujący sposób: oznacza się przedewszystkiem dla danego zarazka, n. p. tężca, tę najmniejszą dawkę żyjącej jadowitej hodowli, która z pewnością zabija n. p. świnki morskie po pewnym określonym czasie, dajmy na to po 4—5 dniach. Jeżeli zwierzę zaimunizuje się do tego stopnia, że po wstrzyknięciu przytoczonej dawki przechodzi ono tylko miejscowe zakażenie (obrzęki, nacieki i t. d.) i po niejakim czasie do zdrowia powraca, oznacza się odporność takiego zwierzęcia = 1 (według Ehrlicha). Przypuśćmy, że tą najmniejszą dawką śmiertelną dla normalnej świnki morskiej jest 0·025 ctm. sz. danej hodowli; jeżeli świnka zostanie zaimunizowaną do tego stopnia, że po wstrzyknięciu n. p. 0·01 ctm. sz. pozostaje przy życiu, odporność jej = 4, jeżeli znosi 0·5 ctm. sz odporność jej = 20 i t. d. Szczepiąc surowicę zwierzęcia odpornego na inne normalne, przelewamy, jak to już wyż przytoczyłem, tylko częściowo odporność pierwszego zwierzęcia na drugie; stósunek ten daje się z góry obliczyć w przybliżeniu: jeżeli, przypuśćmy przeszczepiamy 5 ctm. sz. krwi królika, ważącego 1000 gr., którego odporność na dany zarazek jest n. p. = 40, na drugiego normalnego królika, ważącego również 1000 gr., odporność królika drugiego będzie wynosiła tylko $2^1/_2$, gdyż 5 ctm. sz. wynosi w przybliżeniu $^1/_{16}$ całej ilości krwi tego zwierzęcia; jeżeli z królika pierwszego przeszczepiamy krew na mysz, ten sam rezultat, t. j. odporność = $2^1/_2$, otrzymamy przez wstrzyknięcie 0·2 krwi, gdyż mysz waży mniej więcej 20 gr., stósunek więc ilości krwi wprowadzonej do ilości krwi znajdującej się w ustroju będzie 1 : 16, czyli taki sam jak w pierwszym przypadku. (Według tego obrachunku ciężar całkowitej krwi królika wynosi 80 gr., myszy zaś 1·6 gr.).

Wreszcie zasadniczym punktem terapii surowiczej jest jej specyficzność (swoistość). G. i F. Klempererzy imunizowali zwierzęta kolejno na dwa zarazki; surowica tych zwierząt, zaszczepiona innym, imunizowała je równocześnie na obiedwie choroby (dotychczas nie udało się wywołać u zwierzęcia odporności na więcej zarazków aniżeli na dwa), okoliczność podana przez Klempererów potwierdza w zupełności bezwzględną specyficzność terapii surowiczej.

Fakty te, zebrane drogą doświadczeń na zwierzętach, zachęciły niektórych badaczy do prób klinicznych w tej mierze na człowieku. Próby te mogą wydawać się zbyt przedwczesnemi; jeżeli jednak zważymy, że skuteczność każdej terapii możemy stwierdzić tylko tą drogą, że jedynem kryteryum, które nas skłonić może do podjęcia podobnych prób, są dobre wyniki doświadczeń laboratoryjnych; że wreszcie próby tego rodzaju, choćby na niezupełnie pewnych podstawach oparte, mogą do dobrych wyników praktycznych doprowadzić, (jak n. p. leczenie wścieklizny, której zarazka nawet nie znamy, przez Pasteura), przyklasnąć musimy tym, którzy opierając się na wynikach otrzymanych na zwierzętach, przenieśli pole doświadczalne z laboratoryum do kliniki, zwłaszcza, że doświadczenia te robiono ze wszystkiemi możliwemi ostrożnościami, narażeniem się osobistem eksperymentatorów przy pierwszych próbach oraz, że wyniki tych doświadczeń klinicznych wypadły wcale pomyślnie. Wyników leczniczych, otrzymanych przez stósowanie tuberkuliny Kocha oraz tuberkulocydyny Klebsa nie będę tu przytaczał, gdyż są wszystkim aż zanadto dobrze znane. O nieskuteczności surowicy zwierzęcej przeciwko przymiotowi w 1. i 2. okresie była już wyżej mowa.

Tizzoni i Cattani wyleczyli dotychczas 5 przypadków tężca surowicą i antytoksyną, otrzymaną ze krwi psów i w ostatnim przypadku ze krwi królika, imunizowanych przeciw jadowi tężcowemu. Antytoksynę tę otrzymywali w podobny sposób, jak antytoksynę przeciw wściekliźnie, a mianowicie: wypuszczano zupełnie aseptycznie krew z tętnicy zwierzęcia o wielkiej odporności nabytej i do krwi tej dodawano alkoholu absolutnego w stosunku objętości 10 : 1; powstały strąt suszono w próżni nad kwasem siarkowym. Wysuszony osad rozpuszczano w niewielkiej ilości wyjałowionej wody przekroplonej i otrzymanej w ten sposób lepkiej cieczy używano do wstrzykiwań zaraz po jej przyrządzeniu. Bliższych szczegółów co do pierwszych 4 przypadków przytoczyć tu nie mogę, gdyż odnoszących się do tego historyj choroby nie mam pod ręką (ogłoszono je w *Riforma medica* z r. 1891 i 1892); w przypadkach tych uratowano chorych od śmierci. W 5 przypadku przypady tężca wystąpiły w 12 dniu po zakażeniu; kuracyę rozpoczęto dopiero w 10 dni po wystąpieniu tych objawów (przypadek był więc stosunkowo lekki, jakkolwiek w czasie, w którym rozpoczęto kuracyę, 10 ctm. sz. moczu chorego wywoływało u królików typowy tężec, zakończony śmiercią). Pierwszego dnia wstrzyknięto 3 razy po 2·5 ctm. sz. surowicy odpornego królika; ciepłota opadła z 38·7 na 37·5° i już więcej się nie podniosła; nasilenie objawów tężcowych zmniejszyło się przejściowo; przez następne dni wstrzyknięto jeszcze 3 takież dawki surowicy, później antytoksynę otrzymaną ze surowicy w dawkach od 0·2 do 0·5 grm.; razem otrzymał chory 16 injekcyj, kuracya trwała 9 dni; prócz antytoksyny zażył chory przez ten czas 9·0 grm. chloralu; ostatnie 2 członki skaleczonego palca odjęto zaraz na początku kuracyi. Po przeszło $2^1/_2$ miesięcznym pobycie w szpitalu wyszedł chory uleczony; pozostało jedynie utrudnione zginanie prawej stopy.

Rénon ogłosił 2 przypadki tężca, leczone w klinice Dieulafoy surowicą imunizowanych królików; w obydwu przypadkach nie udało się chorych uratować; po każdem wstrzyknięciu występowało jednak wyraźnie przemijające polepszenie zarówno pod względem przedmiotowem, jako też i podmiotowym. Obydwa te przypadki były ciężkie; pierwszy dostał się do kliniki na 6-ty, drugi na 4-ty dzień po wystąpieniu typowych objawów tężcowych; w pierwszym przypadku zużyto 57 ctm. sz., w drugim 80 ctm. sz. surowicy królików o dosyć znacznej swoistej odporności nabytej.

Podobne doświadczenia z jadem wścieklizny nie dały pomyślnych wyników (Babès, Murri); u dwu osób, u których wścieklizna już wybuchła, używano bezskutecznie krwi imunizowanych psów, szczepionych ludzi, wodnego roztworu

osadu, otrzymanego przez strącenie wyskokiem 150 grm. krwi imunizowanych psów, oraz wprowadzano *virus fixe* wprost do żyły.

Bracia Klempererzy wykonali cały szereg prób leczniczych w zapaleniu płuc. Ponieważ postanowili badać działanie surowicy zwierząt odpornych na pneumokoki oraz hodowli tych bakteryj na ustrój ludzki, trzeba było przedewszystkiem przekonać się o nieszkodliwości tego działania. W tym celu wstrzyknęli sobie podskórnie jeden 0·1, drugi 0·2 ctm. sz. jadowitej hodowli pneumokoków; dawka 0·1 ctm. sz. była dla królika bezwzględnie śmiertelną; po wstrzyknięciu 0·1 ctm. sz. nie wystąpił żaden odczyn ze strony ustroju, po wstrzyknięciu 0·2 ctm. sz. objawy miejscowe (obrzęk, ból) oraz lekkie objawy ogólne (podwyższenie ciepłoty do 38·3, ból głowy, niespokojny sen), które po 24 godzinach ustąpiły. Następnie wstrzyknęli badacze ci po 0·2 cm. sz. hodowli pneumokoków sześciu chorym na raka; u czterech nie wystąpiły w ogóle żadne objawy, u dwu zaś objawy zbliżone do tych, które wystąpiły u jednego z badaczy.

Dalej stwierdzili bracia Klempererzy nieszkodliwość surowicy królików odpornych dla ustroju ludzkiego; wstrzykiwali sobie, poczynając od 0·5 cm. sz. do 3·0 cm. sz. surowicy tej i nie zauważyli żadnych przypadków ani miejscowych ani ogólnych. Ponieważ autorzy ci są zdania, że objawy ogólne w zapaleniu płuc są objawami zatrucia pneumotoksyną, że sprawa leczenia naturalnego tej choroby polega na wytworzeniu się w ustroju dostatecznej ilości antytoksyny, którą nazwali antypneumotoksyną, a która nagromadza się w takiej ilości podczas przesilenia się (surowicą otrzymaną z chorych na zapalenie płuc podczas przesilenia się imunizowali i leczyli z dobrym skutkiem króliki — surowica ludzi zdrowych lub chorujących na inne cierpienia działania tego nie okazywała), przystąpili do prób klinicznych.

Wyniki tych prób zakomunikował G. Klemperer na ostatnim zjeździe internistów niemieckich w Lipsku: 12 chorych leczono wstrzykiwaniem podskórnem w okolicę narządów rodnych surowicy królików w wysokim stopniu odpornych na jad pneumokoków; dawka wynosiła 5—10 ctm. sz.; w żadnym przypadku nie widziano ani wystąpienia objawów miejscowych, ani też żadnego pogorszenia stanu chorego. W pięciu z tych 12 przypadków nastąpiło przesilenie się wkrótce po injekcyi; przypadki te nie dowodzą więc niczego, gdyż nie można wykazać zależności wystąpienia przesilenia się choroby od wstrzykiwań surowicy; w pozostałych siedmiu przypadkach następowały po injekcyi obniżenie ciepłoty, zwiększenie się liczby tętna oraz oddechów; przebieg choroby był w ogóle znacznie łagodniejszy, niż w typowych zapaleniach płuc. Leczenie to przedstawiało tę niedogodność, że z odpornego królika otrzymywano wszystkiego 10 — 15 ctm. sz. surowicy, t. j. tyle, ile wystarczało dla jednego, najwięcej dwóch chorych; w przyszłości trzebaby więc używać surowicy imunizowanych, i większych zwierząt, jako to baranów, koni, świń. 8 przypadków zapalenia płuc leczono stężonemi, ogrzanemi do 60° hodowlami pneumokoków. Zdaniem Klemperera wprowadzając hodowle te do ustroju, wprowadza się substancye imunizujące, które w danych warunkach ustrój przerabia na substancye lecznicze; doświadczenia na zwierzętach wykazały, że sprawa ta rozpoczyna się w kilka godzin, kończy się zaś na trzeci dzień po wstrzyknięciu. Metoda ta jest znacznie dogodniejszą w praktyce, aniżeli metoda surowicza, gdyż substancye imunizujące (ogrzane hodowle) łatwo jest mieć zawsze pod ręką. Wyniki leczenia we wszystkich tych 8 przypadkach były bardzo dobre: obniżenie ciepłoty w formie *lysis* następowało stale w 12—24 godzin po wstrzyknięciu; wraz z obniżeniem ciepłoty ustępowały lub znacznie zmniejszały się inne objawy chorobowe; czasami gorączka następowo wzmagała się; wówczas robiono z dobrym skutkiem powtórną injekcyę ogrzanej hodowli. Niektóre z tych 8 ostatnich przypadków należały bezwarunkowo do ciężkich: byli między nimi i chorzy z wadą serca i starcy.

Szczepienie ochronne przeciwko cholerze oraz myśl, że wraz z krwią można przelać odporność tę na inny ustrój, datuje się od dość dawna: już w r. 1885 Ferran, hiszpan, szczepił ochronnie jadowitemi hodowlami 30000 ludzi i miał otrzymać dobre skutki; Ferran spostrzegł także, że krew ludzi odpornych imunizuje świnki morskie przeciw jadowi cholerycznemu. To ostatnie twierdzenie Ferrana zostało obalonem przez doświadczenia van Ermengema; co się zaś tyczy szczepień ochronnych, to nie tylko van Ermengem, Gibier i inni podali w wątpliwość ich skutki, ale w całych Niemczech uważano je powszechnie za błazeństwo i oszukaństwo (*Spuk und Schwindel*). Po 7 latach podejmuje doświadczenia Ferrana niemiec G. Klemperer na nowo, dochodzi do wyników pomyślnych, ogłasza je, nie cytując Ferrana, i wywołuje przez to polemikę z rodakiem swoim Guttmannem, który występuje w obronie pierwszeństwa Ferrana co do doświadczeń w tym względzie.

Zakażenie sztuczne świnek morskich przecinkowcami Kocha jest właściwie zupełnie inną chorobą, aniżeli cholera ludzka; u świnek morskich choroba ta ma charakter czysto toksyczny, u ludzi zaś jest to zakażenie, z przewodu pokarmowego początek biorące. Liczne doświadczenia na zwierzętach, robione zarówno z przecinkowcami cholery jako też i z innemi bakteryami, wykazały jednak, że ustrój zaimunizowany przeciw jadowi, wytworzonemu przez pewien gatunek bakteryj (*giftfest*), jest zarazem odpornym na zakażenie danemi bakteryami, o ile się nie wprowadza do takiego ustroju ogromnych ilości drobnoustrojów.

Z tego założenia wychodząc, G. Klemperer podjął szereg doświadczeń, mających na celu imunizacyę człowieka przeciwko cholerze, w których posługiwał się również zwierzętami. Przedewszystkiem chodziło o zbadanie, czy surowica ludzi z natury odpornych ma własności, imunizujące: na 6 ludzi surowica dwu, w ilości 1—2 ctm., imunizowała świnki morskie przeciwko następowemu zakażeniu. Następnie badał Klemperer własności imunizacyjne surowicy człowieka, szczepionego ogrzaną hodowlą: Drowi K. w przeciągu 12 dni wstrzyknął podskórnie 3·6 ctm. sz. hodowli ogrzanej przez 2 godziny do 70°; pierwsza dawka wynosiła 0·1, ostatnia 1·0 ctm. sz.; po injekcyach występował odczyn miejscowy i lekkie objawy ogólne. 0·25 ctm. sz. surowicy Dra K. imunizowało świnki na śmiertelną dawkę jadowitej hodowli cholerycznej. Przekonawszy się, że odczyn ze strony ustroju występujący po injekcyi jest nieznaczny, wstrzykiwał 11 medykom kolejno hodowle ogrzane do coraz niższych temperatur, wreszcie zupełnie jadowite hodowle. W ostatnim przypadku po wstrzyknięciu 0·35 ctm. sz. jadowitej hodowli wystąpił silny obrzęk i zaczerwienienie kończyny; objawy te ustąpiły dopiero po 3 dniach. 0·5 ctm. sz. surowicy danego osobnika imunizowało świnki morskie przeciwko śmiertelnej dawce cholery. A więc 0·35 ctm. sz. hodowli jadowitej sprawiało taką samą siłę imunizacyjną surowicy, co 3·6 ctm. sz. hodowli ogrzanej. Według Klemperera i Lazarusa surowica ludzi, którzy niedawno przeszli cholerę, ma również własności imunizacyjne: w przypadku Klemperera do zaimunizowania świnki morskiej na śmiertelną dawkę, trzeba było wstrzyknąć 0·01, względnie 0·5 ctm. sz. surowicy, w przypadkach Lazarusa wystarczało 0·0001 ctm. sz. Różnicę tę tłómaczy Klemperer rozmaitą ciężkością przypadków.

Klemperer próbował imunizować ludzi przeciwko cholerze trzema metodami: 1) przez podskórne wstrzykiwania jadowitych hodowli; w jednym przypadku wstrzyknął pewnemu medykowi razem 0·5 ctm. sz. osłabionej (ogrzanej do 55°) i 3·1 ctm. sz. jadowitej hodowli w przeciągu 5 tygodni; surowica krwi tego osobnika, otrzymana 9. dnia po rozpoczęciu szczepień miała własności imunizacyjne w bardzo słabym stopniu, gdyż do zaimunizowania świnki morskiej na śmiertelną dawkę, trzeba było użyć 1·5 ctm. sz.; po ukończeniu szczepienia ten sam skutek otrzymał Klemperer przez wstrzyknięcie śwince morskiej 0·005 ctm. sz. tej samej surowicy; stąd wyprowadza autor wniosek, że ustrój, którego surowica posiada tak wybitne własności imuniza-

cyjne, musi sam na daną chorobę być odpornym. Metoda ta ze względów praktycznych nie jest jednak dobrą, gdyż wymaga długiego czasu oraz wstrzykiwania są bardzo bolesne;

2) przez wprowadzenie ogrzanych hodowli do żołądka; Klemperer robił doświadczenia na sobie samym: przez 6 tygodni wypił z kawą w sumie 503 ctm. sz. hodowli bulionowej przecinkowców Kocha, ogrzanej przez 2 godziny do 70°; przed każdą dawką (rozpoczął od 1 ctm. sz., doszedł do 60 ctm. sz.) zobojętniał kwas żołądkowy dwuwęglanem sodowym w dawce 2 gramów. Wskutek poprzednich injekcyj hodowli cholerycznych posiadała surowica jego pewne własności imunizujące, mianowicie dla świnek wystarczało 0·25 ctm. sz. surowicy; po spożyciu 503 ctm. sz. hodowli ogrzanych, własności imunizacyjne surowicy powiększyły się, wystarczało bowiem dla świnek 0·01 ctm. sz. Wynik nie był więc zbyt świetny; Klemperer przypuszcza, że tylko mała cząstka spożytych hodowli została wchłoniętą;

3) wreszcie próbował tenże autor sprowadzić odporność przeciw cholerze przez wstrzykiwanie podskórne mleka zaimunizowanych kóz; 5 ctm. sz. mleka tego, wstrzykniętych 20-letniemu człowiekowi, wywoływało takie własności imunizacyjne jego surowicy, że 0·25 ctm. sz. jej wystarczało do zaimunizowania świnek przeciw śmiertelnej dawce cholery.

Klebs otrzymał z hodowli przecinkowców cholerycznych przez strącanie wyskokiem oraz rozpuszczanie w wodzie przekroplonej, substancyę, mającą własności swoiste imunizacyjne oraz lecznicze. Substancyę tę nazwał antycholeryną. Jest to brązowy, przeźroczysty, gęsty płyn o zapachu przypominającym dejekcye cholerycznych. Po stwierdzeniu wyżej przytoczonych własności na zwierzętach, przystąpiono do prób na ludziach w szpitalu hamburskim w oddziele Dra Manchota: wstrzykiwano ciężko chorym na cholerę pierwszego dnia 6—7, drugiego 5—6, trzeciego 3 ctm., czwartego 1—2 ctm. sz. antycholeryny; używano jej w 31 przypadkach; najbardziej uderzającem skutkiem działania antycholeryny jest według Manchota podniesienie się ciepłoty, występujące już w parę godzin po injekcyi. Śmiertelność w przypadkach leczonych antytoksyną Klebsa wynosiła 67·7%, śmiertelność zaś równie ciężkich przypadków, leczonych innemi metodami, 84·5%; otrzymano więc z leczenia metodą Klebsa rezultaty lepsze o 16 do 17%. Statystyka ta jest jednak stanowczo za małą na to, by z pewnością mogła uwydatnić działanie antycholeryny.

W streszczonych dotychczas pracach badano własności imunizacyjne czy lecznicze stósownie przygotowanych hodowli czy surowicy zwierząt odpornych; z prac tych wypada, że we wszystkich tych doświadczeniach wprowadzony do ustroju jad czy też nieznana istota antytoksyczna sprowadzała pewne stałe, charakterystyczne zmiany we własnościach tegoż ustroju; przypuszczać więc należy, że istoty te przez pewien czas w ustroju pozostawały; dalszego ich losu jednakowoż dotychczas nie zbadano.

Istnieje kilka prac o wydzielaniu się z ustroju jadów bakteryjnych, przeważnie jadu tężcowego; wyniki tych badań są następujące: pierwszy Bouchard wstrzykiwał do żyły królików mocz człowieka chorego na tężec; króliki padały wskutek zatrucia, które jednakowoż bynajmniej nie było charakterystycznem zatruciem tężcowem; podobne skutki można otrzymać wlewając do żyły królików mocz chorych na inne choroby zakaźne n. p. na zapalenie płuc. Doświadczenia Boucharda nie dowodzą więc niczego. Brieger wstrzykiwał zwierzętom niewielkie ilości moczu chorych na tężec z wynikiem ujemnym. Stern wstrzykiwał świnkom morskim do jamy brzusznej 17 i 50 ctm. sz. moczu chorej na tężec i zatrucia nie sprawił; również wstrzyknięcie do jamy brzusznej królików 16 i 20 ctm. sz. mleka tej samej chorej objawów tężcowych nie wywołało. Do wręcz przeciwnych wyników doszedł Bruschettini: wszystkie zwierzęta, którym wstrzykiwał mocz zwierząt zakażonych tężcem, padały wśród typowych objawów tężcowych. Mając do dyspozycyi dwu chorych na tężec, leczonych antytoksyną Tizzoniego i Cattaniego, robił doświadczenia z ich moczem na zwierzętach; w pierwszym przypadku wstrzykiwał królikom po 10 ctm. sz. moczu, otrzymanego na 5 dzień po wybuchu choroby: wszystkie króliki zapadły mniej więcej po 9 dniach wśród typowych objawów tężcowych i poginęły. W drugim przypadku wstrzykiwał podskórnie Bruschettini królikom po 10 ctm. sz., myszom zaś po 3 ctm. sz. moczu, otrzymanego z chorego na drugi dzień po wystąpieniu objawów tężcowych; wszystkie zwierzęta zginęły w 24—36 godzin po injekcyi. Doświadczenia te powtórzył autor po 4 dniach, gdy chory już otrzymał cztery injekcye antytoksyny (w przypadku tym nastąpiło wyleczenie chorego); ani u królików ani u myszy objawy tężcowe nie wystąpiły. Doświadczenia te przemawiają za tem, że jad tężcowy opuszcza ustrój przez nerki. Brieger i Ehrlich imunizowali myszy przeciw tężcowi wstrzykiwaniem do jamy brzusznej mleka odpornej kozy; imunizacya młodych myszek następowała również przez ssanie piersi odpornych samiczek, karmienie zaś starszych myszy mlekiem odpornego zwierzęcia odporności nie sprowadzało. Jad tężcowy, krążąc w ustroju przechodzi więc i do mleka. Brunner tetanizował króliki i przez podanie pilokarpiny wywoływał u nich ślinotok; wstrzyknięcie śliny tej myszom wywoływało objawy tężcowe. Roth zaszczepił podskórnie białą mysz śliną chorego na tężec; wystąpiło przykurczenie obydwu kończyn tylnych i zwierzę wkrótce zginęło. Na zasadzie wszystkich tych doświadczeń wnosić można, że jad tężcowy przechodzi do wydzielin ustroju przynajmniej w tych przypadkach, w których jest nagromadzonym we krwi w większej ilości.

Gamaleïa imunizował przeciw cholerze azyatyckiej świnki morskie mlekiem odpornych kóz; dawka wynosiła 5 cm. sz.; mlekiem tym otrzymywał nawet dobre skutki lecznicze. G. Klemperer robił podobne doświadczenia; z imunizacyi miał dobre wyniki, rezultatów leczniczych nie mógł jednak uzyskać pomimo to, że odporność jego kozy na cholerę azyatycką była 10 razy większą od odporności kozy przez Gamaleïę do doświadczeń używanej.

Wreszcie Alt wykazał, że jad, wytworzony w ustroju podczas przebiegu cholery azyatyckiej, wydziela się w pewnej części przez żołądek. Tenże autor wykrył przed tem, że pewne toksalbuminy zwierzęce, mianowicie jad niektórych gatunków żmij (*Pelias berus* i *Echidna arietans*), wprowadzony do ustroju przez wstrzyknięcie podskórne lub ukąszenie żmii wydziela się, jak morfina, w pewnej części przez żołądek. Z przefiltrowanych wymiocin cholerycznych otrzymywał Alt przez kilkakrotne wydzielanie 96% i absolutnym wyskokiem oraz rozpuszczanie utworzonego osadu w wodzie przekroplonej toksalbuminę, przedstawiającą się jako ciecz rzadka, koloru biało szarawego; po kilku dniach ciecz ta przybierała aromatyczny zapach, zbliżony do zapachu otwartych trupów cholerycznych. Wstrzyknięcie podskórne 1 ctm. sz. tej toksalbuminy szczurom zabijało je w przeciągu kilku godzin; świnki morskie ginęły po dawce 1—2 ctm. sz. również w kilka godzin po injekcyi; ciepłota ich opadała po pewnych wahaniach z 37—38° do 20°. Po wstrzyknięciu 5 ctm. sz. dużym psom, wystąpiły objawy chorobowe już po kilkudziesięciu minutach (niedowład kończyn, ataksya i t. d.); po 4 dniach psy zginęły. Opierając się na tych doświadczeniach, proponuje autor w ciężkich przypadkach cholery azyatyckiej przepłukiwania żołądka.

Streściwszy doświadczenia na zwierzętach oraz próby kliniczne robione w ostatnich czasach z bakteryami swoistemi dla pewnych chorób zakaźnych, przechodzę do strony chemicznej jadów, z którymi operowano. Zasadniczemi w tym względzie są prace Briegera i Fraenkla. Poszukiwania chemiczne robili przedewszystkiem nad jadem błoniczym; wybrali oni do badań tych laseczník Loefflera dlatego, ponieważ błonica jest chorobą o charakterze bardzo toksycznym. Po zakażeniu błoniczem ustroju rozrost mikrobów ogranicza się ściśle do miejsca zakażenia; nie ulega wątpliwości, że objawy ogólne, występujące w przebiegu tej choroby, polegają na wchłanianiu jadu, wytworzonego przez laseczniki. Już Loeffler, później Roux i Yersin próbowali określić naturę chemiczną jadu błoniczego; nie powiodło się im to jednak, przyszli bowiem do wniosku, że

jad ten jest czemś w rodzaju enzymu lub też diastazy. — Brieger i Fraenkel operowali wyłącznie hodowlami o własnościach bardzo trujących. Do wyeliminowania z hodowli bakteryj posługiwali się z początku sterylizacyą, sposób ten okazał się jednak niepraktycznym, gdyż jadowitość hodowli zmniejszała się, nawet znikała czasami zupełnie pod wpływem ciepła ponad 60°. Usuwali więc z hodowli laseczniki za pomocą filtrów Chamberlandowskich; w szeregu doświadczeń przekonali się, że filtrat ten wywoływał u zwierząt te same objawy i sprowadzał ich śmierć po upływie tego samego przeciągu czasu, co i żyjące jadowite hodowle. Własności trujące płynu tego nie ulegały żadnej zmianie po odparowaniu płynu w 50° oraz po dodaniu kwasu solnego w nadmiarze; ta ostatnia okoliczność przemawia stanowczo za tem, że istota trująca, w płynie tym zawarta, ani fermen tem, ani też enzymem nie jest. Ażeby się przekonać, czy substancya trująca nie jest ciałem zasadowem, ptomainem czy toksynem, przerobiono filtrat ten wszystkiemi metodami, służącemi do otrzymania wyż wymienionych ciał; wynik był ujemny: z wyjątkiem kreatyniny i choliny ciał krystalicznych nie otrzymano. Podczas odparowywania filtratu hodowli w próżni w 20—30° przedestylowywano go; płyn przedestylowany własności trujących nie miał, jadowitość filtratu nie polegała więc na obecności jakiegoś ciała lotnego. Przez przesycenie filtratu siarkanem amonowym lub fosforanem sodowym otrzymywano substancyę mocno trującą; substancya ta w dializatorze nie przechodziła do wody ani fizyologicznego roztworu soli. Przez dodanie siarkanu sodowego, magnowego i soli kuchennej do filtratu nie otrzymano ciała trującego. Wyskok absolutny wydzielał to ciało bardzo prędko, zwłaszcza po zakwaszeniu kwasem octowym; osad rozpuszczano w wodzie, filtrowano i strącano wyskokiem powtórnie; manipulacyę tę powtarzano dopóty, dopóki nie otrzymano zupełnie przezroczystego roztworu wodnego. Roztwór ten miał własności również mocno trujące. Osad wysuszony w próżni w 40° przedstawiał masę o śnieżnej białości, bardzo lekką, miał on te same własności; zawierał siarkę w wielkiej ilości, dawał odczyn biuretowy, zabarwienie czerwone z odczynnikiem Millona; nie ulega więc wątpliwości, że było to ciałko białkowe. Ciało to dawało następujące odczyny: nie wydzielało się przez gotowanie, siarkan sodowy, sól kuchenną, siarkan magnowy, roztworzony kwas azotowy i octan ołowiowy; wydzielały je zaś stężone kwasy mineralne, żelazosinek potasu i kwas octowy, fenol, kwasy organiczne, siarkan miedziowy, azotan srebrowy, chlorek rtęci; z t. zw. odczynnikami alkaloidów otrzymano również dodatnie wyniki: kwas fosforowomolibdenowy, jodek potasowortęciowy, jodek potasowobismutowy, chlorek platyny, złota i kwas pikrynowy wydzielały ciało trujące; otrzymano odczyn biuretowy, zabarwienie czerwone z odczynnikiem Millona, odczyn ksantoproteinowy; ciało to wreszcie skręcało płaszczyznę polaryzacyjną w lewo.

Już poprzednio przekonali się Brieger i Fraenkel, że ciało to nie jest globuliną, powstałą z pożywki. Przytoczone własności przemawiały za tem, że dana substancya należy do grupy białek surowiczych; dokładny rozbiór wykazał jednak, że ciało to najbardziej zbliża się do albumoz czy peptonów; skład jego chemiczny jest następujący: $C_{45\cdot35}\ H_{7\cdot13}\ N_{16\cdot33}\ S_{1\cdot39}\ O_{29\cdot80}$. Własności trujące substancyi tej były nadzwyczaj mocne; 0·0025 grm. zabijało 1 klg. zwierzęcia; nie traciła ona własności tych nawet po kilkotygodniowem przechowywaniu. (Dok. nast.)

Choroby wewnętrzne.

Metoda lecznicza Brown-Séquarda.

Przed kilku laty, jak to powszechnie wiadomo, prof. Brown Séquard zwrócił uwagę świata lekarskiego na wpływ, jaki wywierają na organizm ludzki podskórne wstrzykiwania sperminy, przyrządzanej z miazgi jąder i gliceryny. Metoda ta przez analogią znalazła we Francyi dosyć szerokie zastósowanie, mianowicie w chorobach takich gruczołów, jak tarczykowy, trzustka, nerki, nadnercza i t. d.; a chociaż te zachody są czysto empiryczne i znajdują się zaledwo w okresie próbnych doświadczeń, zapoznanie ogółu lekarskiego z temi usiłowaniami należy do obowiązków dziennika lekarskiego.

Po doświadczeniach ze sperminą, pierwszy C. Paul próbował leczyć błednicę i niedomogę nerwową podskórnemi wstrzykiwaniami nerwiny; obecnie wstrzykują lekarze francuscy ciecze przyrządzane z trzustki, nerek, gruczołu tarczykowego, nadnercza, śledziony, rdzenia, mięśniów i t. d. Jeśli wydzielina któregokolwiek gruczołu w skutek jego schorzenia nie wytwarza się zupełnie, metoda Brown-Séquarda usiłuje dostarczyć jej organizmowi przez podskórne zastrzykiwanie cieczy, której głównym składnikiem jest właśnie brakująca wydzielina fizyologiczna. Zawiesiny te przyrządza w swojej pracowni Dr. d'Arsonval z gruczołów królika, morskiej świnki, psa, barana, wołu i t. d. w sposób następujący: gruczoł miażdży się i uciera z przymieszką gliceryny; ciecz otrzymaną tym sposobem przesącza się, wyjaławia i zlewa się w buteleczki, poczem można jej używać podskórnie bez najmniejszych obaw o wywołanie zapalnego odczynu.

Dotychczasowe skutki lecznicze metody Brown-Séquarda nie pozwalają jeszcze na wyrobienie uzasadnionego sądu o jej wartości: skutki dodatnie równoważą się z ujemnemi. Przytaczając wszystkie do tej sprawy należące dokumenta, umożebnimy czytelnikom powzięcie jakiegoś wyobrażenia, chociażby ono miało być tylko tymczasowe.

Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa lekarzy szpitalnych, w dniu 14. października 1892 r., opowiedział Dr. Dieulafoy o jednym przypadku ciężkiej mocznicy z bezmoczem, leczonej nefryną, według metody Brown Séquarda. Początkowo leczono chorego według zasad klinicznych; gdy jednak wszystkie środki zawiodły a bezmocz trwał już pięć dni, uczuł się Dr. Dieulafoy wprawie użycia środków nadzwyczajnych i zastósował nefrynę. Lek ten przyrządzono w sposób następujący: użyto części korowej nerki z wołu, utarto ją w moździerzu, dodając stopniowo 300·0 obojętnej gliceryny, oraz 200·0 wody wyjałowionej, zawierającej 5% soli morskiej; miazgę tę przesączono przez sączek papierowy a następnie przez sączek Chamberlandowski i otrzymano tym sposobem ciecz koloru żółtawego, klejką, przeźroczystą w ilości 50—55·0. W piątym dniu zupełnego bezmoczu zastrzyknięto podskórnie 2 razy po 0·5 nefryny przyrządzonej ze świnki morskiej; nazajutrz zastrzyknięto 3·5 nefryny z wołu i spostrzeżono w dniu następnym wybitne polepszenie: śpiączka ustała, cewnikiem wypuszczono 650·0 moczu, lecz poprawa była przemijającą i chory umarł. Chociaż przypadek ten zakończył się niepomyślnie, przekonał badaczów o nieszkodliwości zastrzykiwań podskórnych nefryny i rozwiał obawy co do zatrucia organizmu wstrzykiwanemi organicznemi cieczami wobec schorzałej i prawie nieczynnej nerki

Dr. Legroux leczył tyroidyną 4-letnie dziecko, chore na wól klejowaty i stwierdził wybitną poprawę. W przypadku analogicznym wszczepił Dr. Lannelongue choremu podskórnie gruczoł tarczykowy z barana; znaczna poprawa ogólnego zdrowia była przemijającą. Dr. V. Robin z Lugdunu ma w leczeniu dziecko, opis choroby którego przytaczamy, jako bardzo pouczający. Jest to 7-letni chłopak, od urodzenia cierpiący na wól klejowaty i przedstawiający wybitne cechy matołkowstwa, cielesnego i umysłowego nierozwinięcia: wzrost mały, kończyny grube, krótkie i pokrzywione; dziecko to nigdy dobrowolnie nie chodzi a dopiero od roku może stać; prowadzone za rękę postępuje parę kroków i to niezgrabnie, chyląc się na wsze strony. Chory ten nie mówi, lecz wydaje głos niezrozumiały i bez dźwięku pojmowanie tępe i bardzo powolne.

W 5-tym roku życia przebył ten chłopak odrę a następnie krztusiec. Podczas przebywania tych chorób powikłanych ze sprawą zapalną płuc, ogólny obrzęk śluzakowy (*myxoedème*) powoli malejąc znikł zupełnie i dziecko przybrało wejrzenie prawidłowe. Zaledwo jednak stan gorączkowy minął, obrzęk powrócił: policzki opuchłe obwisły, przez rozwarte usta wystąpił na zewnątrz olbrzymi język, obrzękłe powieki przykryły gałki oczne.

W takim stanie był pacyent, kiedy Dr. Robin rozpoczął leczenie tyroidyną, którą wstrzykiwał codziennie w ciągu 4 ch miesięcy. Już po kilku pierwszych zastrzyknięciach dziecko jakby ocknęło się ze swej gnuśności: ruchy jego z opieszałych, stały się żywe, na obliczu wystąpiły rysy indywidualne, wzrok nabrał wyrazu; chory począł się bawić, chodzić, a wreszcie biegać; skóra jego, przedtem chropowata i zgrubiała, stała się gładką i elastyczną.

Po 4-ch miesiącach tego leczenia dziecko to biega, porozumiewa się na migi; głos stał się mniej ochrypły; porusza on językiem i ustami, kiedy ten głos wydaje. W ciągu 4 miesięcy urósł znacznie. Zwyczajna niska (36°C) ciepłota stale podnosiła się do 37°C., słowem chory ten zmienił się do niepoznania. Badanie szyi po zupełnem ustąpieniu obrzęku wykazało zupełny brak gruczołu tarczykowego.

Pomimo tych świetnych skutków wstrzykiwania podskórnego tyroidyny, Dr. Robin nie uważa swego zadania za skończone a chorego za wyleczonego; przez dostarczenie organizmowi dziecka pierwiastku brakującego, zwiększyła się żywotność wszystkich funkcyi, lecz o tyle, o ile codziennie wstrzykiwano tyroidynę; z ustaniem tej czynności należy się obawiać powrotu stanu chorobowego. Doszczętne leczenie polegałoby na przeszczepieniu gruczołu tarczykowego z zwierzęcia na chorego, co też Dr. Robin uczynił, posługując się metodą Lannelonguea, t. j. użył gruczołu z barana i wszczepił go pod skórę chorego. Lecz na tem, nadzwyczaj zajmującem miejscu kończy się tymczasowe doniesienie Dr. Robina; a gdyby nie były zabarwione pesymizmem nasze nadzieje co do wartości czynnościowej gruczołu przeszczepionego, doświadczenia Dr. Robina miałyby na razie wielką wartość teoretyczną a miejmy nadzieję, że w przyszłości znajdą zbawienne zastósowanie praktyczne.

Dr. Comby wstrzykiwał pankreatynę w jednym przypadku ciężkiej cukrzycy: lecz przypadek ten odznaczał się nadzwyczajną złośliwością a wstrzykiwania robiono zbyt krótko, ażeby z zupełnie ujemnego skutku tego odosobnionego doświadczenia już wolno było zawyrokować o nieużyteczności leczenia cukrzycy pankreatyną.

Z powyższego sprawozdania wypada, że metoda lecznicza Brown-Séquarda pozostaje jeszcze w okresie prób i doświadczań a jako zupełnie dla organizmu ludzkiego nieszkodliwą, powinni dalej badać klinicy. (*Le Progrès Medical, Nr. 1, 1893 r.*) *Dr. A Kwaśnicki.*

Ginekologia.

Henry: **Gazy w macicy podczas porodu, powstałe skutkiem rozkładu gnilnego i bez niego.**

Autorka, starsza położna w Maternité w Paryżu, rozpoczyna swą pracę od znanych i przyjętych ogólnie poglądów. Zastanawia się nad przyczyną kwilenia płodowego wśród macicy i przypuszcza, że powietrze wprowadzone w jakikolwiek sposób do worka płodowego, może się dostać do ust płodu, wywołać wdech a wydalone podczas wydechu przechodząc przez obecne jeszcze wody płodowe, sprawia szelest podobny do kwilenia dziecka. Możliwości powyższego dowodzi przypadkiem obserwowanym w Maternité, w którym płód urodzony nieżywo, miał tak dokładnie płuca wypełnione gazami, jak dziecko, które oddechało przynajmniej 2 godziny.

Dalej zadaje sobie pytanie: zkąd mogła się wziąć tak znaczna ilość gazów w worku płodowym? Aby odpowiedzieć na to pytanie, podjęła szereg ścisłych doświadczeń, które ją doprowadziły do następujących rezultatów a mianowicie: że łożysko, wody płodowe same i zmięszane ze smołką mogą po chwilowem zetknięciu się z powietrzem atmosferycznem wytwarzać pod wpływem ciepłoty około 38°C. w ciągu kilku godzin znaczną ilość gazów bez gnicia; te same zaś części ochronione od zetknięcia się z powietrzem, nawet po dłuższym przeciągu czasu, pod wpływem tej samej ciepłoty nie wydają ze siebie najmniejszej ilości gazów. Doświadczenia te robiono w kloszu połączonym z manometrem, lub też w cylindrach wypełnionych rtęcią i umieszczonych w termostacie.

Wyniki były takie jak n. p.: łożysko objętości 380 c. sześć. po 10-ciu godzinach w ciepłocie 40°C. wydało w zetknięciu z powietrzem 27 c. sześć. gazu. Wody płodowe same w tychże warunkach po 10 ciu godzinach w ciepłocie 38°C. dawały 5—6 ciu razy większą objętość gazu od swej objętości. Substancye te bez zetknięcia się z powietrzem nie wydawały gazów. Wody płodowe zmięszane ze smołką w ilości 55. cm. sześć w ciepłocie 35°C. wydały ze siebie 36 c. sześć. gazu. Że takie wytwarzanie się gazów i następowa znaczna odma (rozdęcie) macicy może sprowadzić bardzo ważne i groźne skutki tak dla matki jak i dla płodu, bo nawet nagłą śmierć matki przez dostanie się gazów do żył macicznych a z nich do serca, wiadomo powszechnie.

Odmę macicy rozróżnia H. dwojaką i tak: wytworzoną sztucznie przez wprowadzenie, chociażby bardzo małej ilości powietrza atmosferycznego do jamy macicy i przez następowe wydobycie się gazów bez rozkładu gnilnego, a płód jest żyjący, a drugie z rozkładu gnilnego jaja płodowego w obec płodu obumarłego. Przypadki pierwszej kategoryi uważa za znacznie rzadsze od przypadków drugiej kategoryi. Rozpoznanie pierwszych opiera głównie na odgłosie bębenkowym nad macicą, na słabych bólach porodowych pod warunkiem, że stan ogólny tak dobrze matki jak i dziecka jest dobry, gdy przeciwnie w przypadkach odmy z rozkładu gnilnego, znajdywała prócz powyższych zawsze objawy ogólnego zakażenia gnilnego.

W myśl tego w pierwszych przypadkach, gdy płód żyje, rokuje H. pomyślnie tak dla matki jak i dla płodu; zwraca tylko uwagę na szczególną skłonność noworodków do przypadów ze strony narządu wzrokowego. W przypadkach drugich rokuje bardzo niekorzystnie. Co do postępowania, to w pierwszych zdaniem autorki należy wyczekiwać i tylko w obec następowego osłabienia bólów porodowych przystąpić do ukończenia porodu; gdy zaś rozkład gnilny sprawia odmę, uważa za obowiązek lekarza szybkie ukończenie porodu w sposób najłagodniejszy dla matki. W tych razach zaleca wreszcie dokładne przepłukanie macicy i pochwy i kładzie nacisk na leczenie skierowane przeciw zaburzeniom gnilnym w połogu. Na poparcie swych zapatrywań przytacza autorka 9 przypadków obserwowanych przez siebie. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique. Janvier 1893*).
Dr. Zoll.

Choroby skórne i weneryczne.

K. Kopp (w Monachium): **O użyciu eurofenu w chorobach wenerycznych.**

Jodoform zajmujący teraz w leczeniu wrzodów miękkich i dymienic tak wrzodziejących (*ulcerosi*) jak i sympatycznych pierwsze miejsce, trafia nieraz na wielki opór ze strony chorych, którzy albo go nie znoszą z powodu właściwej woni albo go nie chcą i słusznie, bo ich zdradza. Próby zastąpienia jodoformu w takich przypadkach innemi środkami, że tu wymienimy tylko pirogalol, kwas salicylowy, sozojodol, arystol i dermatol, jakkolwiek w wielu razach wypadły pomyślnie, okazały, że przecież żaden z nich nie może we wszystkiem zastąpić jodoformu.

Dlatego autor postanowił próbować idąc za poleceniami innych eurofenu i zdaje sprawę ze swych doświadczeń w tej mierze.

Co do wrzodu miękkiego. Autor wybrał do prób 19 przypadków o rozpoznaniu niewątpliwem. W pięciu wrzód wyskrobał podług zalecenia Petersena z użyciem dla znieczulenia miejscowem eteru; rany ztąd powstałe, dosyć mocno krwawiące, ucisnął kompresami napojonemi sublimatem a po ustaniu krwawienia opatrzył na sucho proszkiem z jednej części eurofenu a trzech kwasu borowego bardzo miałkiego (*subtilissime pulveratum*). Skorupki w ten sposób powstałej nie usuwał, lecz tylko posypywał ją codziennie po dwa razy tym samym proszkiem z eurofenu i kwasu borowego. Wrzody pogoiły się bardzo prędko po 4 do 11 dniach tego leczenia. Dymienicę ropną w jednym przypadku powstałą wyleczył Kopp tym samym sposobem po przecięciu i wypuszczeniu ropy w 17 dniach. W dalszych 14 przypadkach oczyszczał autor wrzody miękkie naprzód starannie

watą napojoną 1‰ roztworem sublimatu a następnie posypywał albo czystym eurofenem albo (przeważnie ze względów ekonomicznych, bo eurofen jest jeszcze dosyć drogi) proszkiem złożonym z eurofenu i kwasu borowego w stósunku albo równych części albo jak 1 : 3 lub nawet 1 : 5, zwykle po dwa lub trzy razy dziennie oczyściwszy przed każdem posypaniem starannie wrzody wymienionym roztworem sublimatu. Leczenie takie trwało nazwyczaj od 6 dni do 6 tygodni, średnio 17 dni. Jest rzeczą ważną, by eurofen dostawał się zawsze na powierzchnię wilgotną i wydzielającą. Użycie eurofenu nie usuwa bynajmniej obawy o powstanie dymienic.

Co do dymienic, to w dymienicach stanowiących znów wrzody miękkie, powstałe czy to przez następowe zakażenie otwartych gruczołów ropiejących, czy też przez wessanie jadu przez naczynia limfatyczne, wyskrobywał K. łyżeczką powierzchnię wrzodu, odcinał w razie potrzeby wystające płaty i strzępy skórne, desinfekcyonował dokładnie a następnie opatrywał proszkiem złożonym z jednej części eurofenu a dwóch kwasu borowego. Oddziaływanie bywało bardzo małe, zwykle po trzech dniach ginęły cechy wrzodu a pozostawała rana, gojąca się podczas dalszego używania eurofenu w 16 do 20 dniach. Dymienice sympatyczne z następowem ropieniem w pachwinach leczył K. w ten sposób, że po otwarciu ich i wyskrobaniu powierzchni tudzież desinfekcyi roztworem sublimatu wypełniał rany kompresami posypanemi proszkiem z eurofenu i kwasu borowego w stosunku 1 : 5. Ropnie takie goiły się w 14 do 32 dniach bez reakcyi za użyciem przerzeczonego proszku.

I przeciw szyszkowinom plaskim w okolicy części płciowych i rzyci (*regio genito-analis*) używał eurofenu z kwasem borowym w stosunku, jak 1 : 3, przed ogólnem leczeniem rtęciowem, nie otrzymał jednak skutku osobliwego a przynajmniej takiego, którego nie można uzyskać innemi środkami. (*Ther. Mtshefte. Marzec, 1893*).

Rörig (w Wildungen): **Niepożądane działanie piperacyny.**

Autor, praktykujący od dawna w zdrojowisku, mającem ustaloną już sławę pod względem swego działania na kamienie moczowe, nie mógł przekonać się o korzystnym wpływie na tę chorobę piperacyny zalecanej gorąco przez prof. Ebsteina z Getyngi. Mimo tego spróbował jej w dwóch przypadkach: w jednym, gdzie przypady przemawiały za kamieniami nerkowemi, opierającemi się leczeniu wodą wildungeńską i w drugim, w którym za przyczynę obecności białka w moczu w nader małej ilości uważać trzeba było kryształki kwasu moczowego drażniące nerki. W obu po użyciu piperacyny pojawiło się nagle w moczu białko, co autor z braku wszelkiej innej przyczyny dającej się wykazać uważa za skutek tego leku i dla tego nie uważając piperacyny bynajmniej za lek niewinny, radzi postępować z nim bardzo ostrożnie w przypadkach, gdzie nerki nie są zupełnie zdrowe. (*Ther. Monatshefte. Marzec 1893*). *D.*

Prof. Neumann: **O późnej kile.**

Według spostrzeżeń autora przyczyniają się do powstawania kiły trzeciorzędnej następujące okoliczności: złe stosunki higieniczne i klimatyczne, zakażenie wyskokowe, choroby ogólne (gruźlica, bagiennica, gnilec, moczówka), dalej choroba Brighta a głównie zupełny brak lub niedostateczność leczenia zmian wczesnych kiłowych.

Autor nie pojmuje kiły trzeciorzędnej według myśli Virchowa, jako wyłącznie przyrzutu, lecz mniema, iż w największej liczbie przypadków pozostałe w tkankach resztki wysięków rozplemiają się ponownie pod wpływem pomienionych przyczyn.

Trzeciorzędna kiła wynosi 6·82% wszystkich przypadków kiłowych, jak to widać ze statystyki 9742 przypadków klinicznych. Najczęściej pojawia się w trzecim roku po zakażeniu, wszelako okres ten zmienia się w bardzo szerokich granicach.

Najczęściej występują zmiany chorobowe na skórze, błonie śluzowej i w kościach. Co się tyczy kiły tak zwanej swojskiej, która zdarza się w pewnych krajach, jak n. p. w Norwegii, Dalmacyi a przedewszystkiem w Bośnii i Hercegowinie, to nie jest ona wcale chorobą *sui generis*, lecz raczej zgubnie przebiegającą kiłą trzeciorzędną, wśród której niektóre przypadki do kiły dziedzicznej później zaliczyć wypada. Znaczniejszego przenoszenia się choroby na późniejsze pokolenia nie dowiedziono. Wypadki badania krwi dosyć się zbliżają do takich w okresie drugorzędnym; stale zmniejszoną jest ilość hemoglobiny, mniej zwraca uwagę zmniejszenie czerwonych a pomnożenie białych ciałek krwi. (*Berlin. Klin. Wochenschr. 1892. 44*). *Dr. Skobel.*

Choroby nerwowe.

W. Higier: **Kilka słów o jąkaniu się histerycznem.**

Wśród objawów histeryi jednym z rzadszych i najmniej uwzględnianych jest jąkanie się t. zw. histeryczne. Pierwszy zwrócił uwagę na ten objaw Charcot i zajął się dokładniejszem jego zbadaniem a uważa go za przejście z niemoty histerycznej do wymowy prawidłowej lub też niekiedy za wstęp do niemoty. Następne spostrzeżenia nie potwierdzają tego zdania: widywano bowiem u osób histerycznych jąkanie się występujące zupełnie samodzielnie i znikające następnie bez śladu. Objaw ten w macinnicy nie stanowi sam przez się nic tak dalece cechującego i co do postaci zboczenia w mowie występuje w rozlicznych formach i z różnem nasileniem, wywołując bądźto nieznaczne tylko upośledzenie w łączeniu ze sobą zgłosek i wyrazów, bądź też upośledzając wymowę do tego stopnia, że staje się ona zupełnie prawie niezrozumiałą. To też dopiero zbiór objawów histerycznych, nagłe znikanie i powstawanie jąkania się pozwalają na określenie istotnej jego podstawy. Najczęstszą, bezpośrednią przyczyną wywołującą są wzruszenia psychiczne i we wszystkich prawie opisanych przypadkach histeryi, gdzie objaw ten spostrzegano, takiem było jego pochodzenie. Wyczerpujący opis podobnego przypadku podaje autor ze swoich spostrzeżeń. Odnosi się on do młodej, 21-letniej kobiety, u której spostrzegano cały zbiór przypadów ciężkich, jak napady nerwowe z utratą przytomności, uporczywe wymioty, porażenie kończyn dolnych, chwilową niemotę i zajmujące nas obecnie zboczenia w mowie. Jąkanie to cechuje się przeciąganiem głosek i zacinaniem się na każdej samogłosce: niekiedy poprzedzają wyraz, który chora chce wymówić, zbyteczne głoski. Dźwięk i miara mowy chorej zmienione a każde pytanie do niej zwrócone, każde zmęczenie pogarsza jeszcze wymowę i czyni ją trudniejszą dla chorej a niezrozumialszą dla jej otoczenia. Za pomocą suggestyi i faradyzacyi krtani udało się usunąć porażenie kończyn i jąkanie się i z chwilą wystąpienia chorej ze szpitala pozostały tylko wymioty, przeczulica kręgów i jajników. Późniejsze badanie wykazywało jąkanie się występujące w postaci napadów 5—10 minut trwających, po lewej stronie kurcz mięśniów twarzy i języka tudzież zwężenie pola widzenia.

Za źródło zboczeń mowy w histeryi uważa autor korę mózgową wbrew zdaniu Balleta i Tissiera, którzy odnoszą je do nieprawidłowego kojarzenia się ruchów w samym narządzie mowy a więc nadają im cechę więcej obwodową. (*Gazeta lekarska Nr. 39, 1892*). *Dr. Ludomir Korczyński.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw oparzeniom i nadżarciom skóry zaleca Siebel eurofen w maści 3% według formuły:

34) Rp. *Europheni* 3·00
Olei olivarum 7·00
Vaselini 60·00
Lanolini 30·00
M. f. ungtum.

(*Berl. klin. Wschrft. 8. 1892*).

We Francyi używają obecnie przeciw gruźlicy wstrzykiwań podskórnych z wyjałowionych roztworów kreozotu, gwajakolu, jodoformu, eukaliptolu i krezolu, między innemi według przepisów:

35) Rp. *Guajacoli* 10·00
Olei olivarum
q. s. ad 100 ccm.

36) *Cocaini muriatici* 0·50
Guajacoli
Olei amygdalarum
āā 25·00

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22. lutego 1893 r.
Prezes: kol. Łazarski. — Obecnych członków 30.
Goście: kol. Drowie Bogdanik i Łucki.

I) Kol. Prezes odczytuje następujące pisma: *a)* c. k. Namiestnictwa, które przyjmuje do wiadomości zamianowanie Pasteura z Paryża członkiem honorowym Towarzystwa; *b)* od Komitetu polskiego na Zjazd lek. w Rzymie, donoszące o swem ukonstytuowaniu się i wybraniu kol. prof. Cybulskiego prezesem a kol. Radeckiego sekretarzem; *c)* pismo Komisyi przemysłowo-lekarskiej, donoszące o ukonstytuowaniu się z kol. prof. Korczyńskim jako prezesem, — i o przybraniu do swego grona kol. Lud. Korczyńskiego i Piątkowskiego. Przybranie pomienionych kolegów Towarzystwo potwierdziło; *d)* pismo Komisyi przemysłowo lekarskiej o pobudzenie do wzięcia udziału w wystawie lwowskiej. Na wniosek kol. Prezesa uchwalono jednomyślnie odstąpić to pismo Komitetowi do zbadania i powzięcia dalszego postanowienia; *e)* pismo Komisyi przemysłowo-lekarskiej, by Towarzystwo lek. krak. uchwaliło wykreślić z listy środków polecanych mleko dostarczane z Grodkowic, a to z powodu zaniedbywania się w wykonywaniu przepisów, zwłaszcza nie nadsyłania świadectw lekarskich i weterynarskich o stanie zdrowia obory, pomimo kilkakrotnego upominania. W dyskusyi nad tem pismem zabierali głos koledzy: Walentowicz, Obaliński, Ponikło, Gluziński, Sliwiński i Mars. Wniosek Komisyi większością głosów przyjęto.

II) Kol. Sliwiński przedstawia cztery próbki wazeliny krajowej, mającej być poleconą przez Komisyę przemysłowo-lekarską. Kol. Sliwiński odczytał także świadectwa badania jej przez prof. Rydla i Steingrabera.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Zarewicz, Mars, Gluziński, Sliwiński i Prezes, poczem Towarzystwo lek. krak. uchwaliło jednomyślnie polecić Komisyi przemysłowo lekarskiej poddać wspomnianą wazelinę dalszym próbom pod okiem dermatologów.

III) Kol. Ponikło miał zapowiedziany wykład: O sposobie ułatwiającym wykrycie prątków cholerycznych w wodzie (umieszczony w Nr. 8 *Przegl. Lek.*).

W dyskusyi zapytał się prelegenta kol. Kryński, czy odmierzał pewną ilość stałej 10% pożywki bulionowej, czy też dowolną ilość. W odpowiedzi kol. prelegent zaznacza, że używał mniej więcej 10% pożywki, ale w dalszych badaniach zwróci i na to baczną uwagę. Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

I. Iłg . . .

Oparłszy się dziś aż na dalekich krańcach świata, postanowiłem nawiązać z Wami dawne stosunki, dzieląc się temi wrażeniami, jakie tu lekarz zdobyć może. Pisząc z nad granicy chińskiej z obwodu Zabajkalskiego, oddalonego od naszego prastarego Jagiellońskiego grodu omal, że nie na $8^1/_2$ tysięcy wiorst, nie wzbogacę Waszych wiadomości ostatniem słowem nauki, nie znajdziecie w moich pismach pouczających praktycznych zdobyczy wiedzy zachodniej z dziedziny pasożytniczej lub wyników prac doświadczalnych z medycyny, lecz tem nie mniej znajdzie się tu wiele godnego, mogącego zainteresować również przyrodnika jak i lekarza.

Syberya w ogóle, z jednej strony jako kolonia rosyjska, z drugiej jako kolebka ludów azyatyckich, przedstawia wiele ciekawych cech sobie tylko właściwych a ta część jej wschodnia, aż na pograniczu Chin położona pomiędzy 71 i 91° długości i 51 i 56° szerokości geograficznej, jest tem ciekawszą, że obok kultury zachodniej ścierają się z nią walcząc o lepsze dwie inne, buddyjska przeszła z Tybetu do Mongolii a od niej jeszcze w zeszłym wieku do buriatów rosyjskich, i pograniczna chińska. Opodal po Ononie, Szylce i Amurze koczują w stanie jeszcze dzikim Aidy, Goldy, Gilaki i inne pomniejsze ludy dziś wciąż wymierające, do których to przylega inna, stara cywilizacya Japonii, ścierająca się znowu z nowo wprowadzoną europejską.

W tym nowym świecie wszystko do koła pochłania czas i uwagę tak, że trudnem się staje przedwczesne zakreślanie granic swoim badaniom; jeśli tego dokonać nie mogli wielcy badacze Syberyi, jak Pallas, Siewers, Georgi, Miller, bracia Gmelinowie, to tembardziej lekarz, którego odrywają obowiązki natury bardziej praktycznej; pracując samotnie, bez wskazówek i pomocy, trzeba więc nie przebierając zdobywać, co się da, i okupiać nieraz drogo te zdobycze.

Wyżej wspomniałem, że oprócz Rosyan uosabiających kulturę europejską żyją ludy z pokrewną sobie cywilizacyą azyatycką; jednak każdy z nich stara się zachować odrębność i nie zatracać wiekowych swych zdobyczy cywilizacyjnych, czy to w zakresie wierzeń i obyczajów, czy też wierzeń i przesądów przyrodniczo lekarskich. Każdą z powyższych grup ludności rozpatrzmy oddzielnie, zaczynając od napływowej ludności rosyjskiej, której liczba w Syberyi stanowi do 7 milionów, a przeszło 700 tysięcy tak zwanych „inorodców“, właściwych aborygenów kraju. Rosyjska kolonizacya Syberyi rozpoczęła się trzysta lat temu, gdy pierwszy jej zdobywca, kozak Timofej Jermak, poniekąd słusznie Krzysztofem Kolumbem Syberyi zwany, wskazał nowy świat carstwu Moskiewskiemu. Od tego czasu w miarę posuwania się naprzód wojsk kozackich szła i ludność osiedlać zajmowane pustynie. Ludzie śmielsi i odważniejszej natury szli dobrowolnie na kolonizacyę, znajdując w nowym kraju więcej przestrzeni i swobody; większa zaś ilość przymusowo, jako skazana na wygnanie. Z rozmaitych miejscowości obszernego państwa przez lat 300 rekrutowała się ludność tutejsza, w skład której weszły żywioły, jak wielkoruski, tak też i małoruski, a w części i polski i z nich wytworzył się następnie typ współczesnego Sybiraka. Typ ten w wielu miejscach ulegał pewnej zmianie, stosownie do spotykanych żywiołów, z któremi się mieszał, w zachodniej Syberyi z Ostyakami, Tatarami lub Sajotami, we wschodniej położyli swe piętno Jakuci, Buryaci i inni. Oprócz różnorodnych wpływów kilku kultur, pojęć i wierzeń, jak przyniesionych tak i zapożyczonych u tutejszych aborygenów, na miejscowem społeczeństwie odbiły się mocniej, niż gdzie indziej, cechy indywidualne przyniesione tu przez przybyszów, jak odwaga, siła woli, nie cofająca się przed niczem, występek i częściej, niż gdzie indziej, wpływy newropatyczne.

Ludność rosyjska administracyjnie składa się z 3 warstw: z włościan, kozaków i „osiadłych inorodców“. Włościanie, przybyli dobrowolnie lub przymusowo z różnych dzielnic państwa, zowią siebie „Sybirakami“ i uważają za ludność rdzennie miejscową. Kozacy bardziej jeszcze przemieszani, składają się z ludności rosyjskiej, powstałej z zsyłanych z różnych pułków żołnierzy i inorodców. Kozacy mają osobny swój zarząd i prawa. Nakoniec trzecia warstwa „osiadłych inorodców“ od paru pokoleń przyjęła prawosławie; zaprzestawszy pędzić życie koczujące, otrzymała za to ziemię i pewne przywileje, jako to: nie daje rekruta i płaci

mniejsze podatki. Ludności tej warstwy w Zabajkalii liczą przeszło 22 tysiące. Tworzy ona przechodowy typ od buryacko mongolskiego do europejskiego. Typ buryacki nie łatwo swe cechy zatraca; najprędzej zaciera się barwa żółtawa skóry, włosy zaś i oczy ciemne, zęby białe i budowa mongolska czaszki krótkogłowej, o twarzy płaskiej, wydatnych jarzmach i przypłaszczonym nosie zachowuje się przez kilka pokoleń.

W Syberyi wschodniej wogóle typ jasny, wielkorosyjski znacznie się zatarł w połączeniu z miejscowym typem ciemnym, który tu zyskał na tyle prawo obywatelstwa, iż metyści z Mongołami, w języku miejscowym „karymami" zwani, stanowią ideał piękna opiewany w pieśniach ludu. Krzyżowanie się tej rasy w następnych pokoleniach nie wydaje ludzi silnej budowy; mało się rozradzają, oddają się nałogowi pijaństwa a pod względem moralności i umysłowych zdolności stoją o wiele niżej od samych Buryatów. Przestępcy najczęściej rekrutują się z tej warstwy. I nic dziwnego, gdyż tylko ludzie słabszej woli dla zysków lub zmuszeni innemi okolicznościami, porzucają swe ogniska domowe i życie koczujące, zamieniając je na osiadłe, z tak odmiennemi warunkami, które nie każdy organizm przenieść zdoła. Wzięty do wojska ze stepów Buryat albo przed czasem zostaje zwolniony lub po kilku latach służby wraca do swej koczowniczej jurty upadły na ciele i na duchu. Co do metystów popisowych, wyróżniają się oni niewielkim wzrostem, słabą fizyczną budową, wązką piersią, rzadko kiedy wytrzymującą wskazaną połowę miary wzrostu. Do najczystszej wielkorosyjskiej ludności w Zabajkalii należy zaliczyć Staroobriadowców, zwanych tu „Siemiejskiemi", dla tego, że przybywali rodzinami („s'emjami"). Zamieszkują oni w liczbie 40 tysięcy kilkanaście wsi okręgu Wierchnie-Udinskiego po nad Czykojem; przesiedleni tu przez Katarzynę II w roku 1763 z ziem dawnej rzeczypospolitej (obecnej gub. Mohilewskiej, pow. homelskiego) przechowują po dziś dzień tradycyą swego pochodzenia i zwą siebie zwykle Polakami. Jest to lud wysokiego wzrostu, zdrowy i silnej budowy, o niezatartym dotąd pięknym typie jasno słowiańskim i z tego powodu obrałem go za przedmiot swoich badań antropologicznych.

Kontynentalny, zbytnio suchy klimat tutejszy posiada właściwie tylko dwie pory roku. Lato gorące z temperaturą przechodzącą nieraz w połowie + 40° R. W początkach sierpnia rozpoczynająca się jesień wyróżnia się jedynie przy upalnych dniach chłodnemi a następnie mroźnemi nocami, przechodząc bez słót i deszczów w stałą, surową zimę z —30 do —40° R. W lutym i marcu dmą silne wiatry północno-wschodnie. Przy wysokiem położeniu nad powierzchnią morza, od 2500 do 3000 stóp, i gruncie piaszczystym, śnieg rzadko gdzie utrzymać się może; rok okrągły tumany pyłu unoszą się w powietrzu. Klimat tutejszy górski i krzepiący, powietrze nadzwyczaj czyste, większość dni w roku jasnych, oświeconych blaskiem silnie operującego słońca; jeśli do tego dodamy jeszcze ową, jak nigdzie może w Europie, przeźroczystość powietrza, grunt piaszczysty, ze znacznym pokładem kamienia, przeciekające w różnych kierunkach o krystalicznej wodzie górskie potoki i strumienie, dalej słabe zaludnienie i utrudnioną wskutek ogromnych przestrzeni komunikacyę, to otrzymamy pomimo surowości klimatu warunki wielce zdrowotne i mało przyjazne dla rozwoju chorób zakaźnych. Kraina Zabajkalska nie tylko pod względem bogactw ukrytych w ziemi zajmuje najprzedniejsze miejsce w Syberyi, lecz jeszcze obfituje w niezliczoną ilość źródeł mineralnych rozmaitych własności, które tu nie rychło będzie można wyzyskiwać.

Najpospoliciej trafiają się źródła słone; najwięcej a bodaj jedynie uczęszczanemi są pod Bajkałem w okręgu Barguzińskim wody Turkińskie, pośród niezaludnionej pustyni leśnej, pospolicie w mowie miejscowej tajgą zwanej; źródła to gorące, siarczane, zalecane w zestarzałych formach kiły (przymiotu), zołzach i reumatyzmie. Wody te jednak, administrowane przez rząd, są w wielce opłakanym stanie, pomimo że mają stałego lekarza, którego zajęcie ogranicza się do paru letnich miesięcy, w ciągu których przysyłają tu na leczenie do 200 osób przeważnie żołnierzy; przez resztę zaś czasu może ów lekarz polować na wilki lub niedźwiedzie. Dalej na południe bliżej szczytów Czykoju w okręgu Wierchnie Udińskim leżą wody Jamarowskie, sodę i fosforan wapniowy przeważnie zawierające, nasycone kwasem węglowym i składem swym chemicznym zbliżone do źródeł Vichy. Latem zgromadza się w nich do 60 osób a w tej liczbie i Buryaci posyłani tu przez „łamów" a nierzadko chorzy sami się leczący na najrozmaitsze choroby. Prof. Zaleski z Tomska położył osnowę ściśle naukowych badań źródeł mineralnych Syberyi pracami nad rozbiorem wód jezior Ingolu i Sziro w Syberyi zachodniej; w przyszłości może rozszerzy swe badania i na wiele obfitszy w źródła mineralne obwód Zabajkalski, jeżeli już nie ze względów praktycznych, to przynajmniej dla rozszerzenia naszych szczupłych wiadomości o przyrodzie tego kraju.

Jak już powyżej wspomniałem, choroby zakaźne słabo się tu rozwijają; najczęściej spotykane u dzieci wysypki: odra, płonica przebieg tu mają łagodny, ospa, przy zapobiegliwem szczepieniu, które nawet łamowie buryaccy pomimo niedowierzania europejskiej medycynie przyjmują, mało się wśród ludności szerzy; rzadko spotykają się twarze oszpecone ospą, jedynie znaczny ich procent śród staroobriadców, którzy z zasady religijnej nie chcą szczepić limfy; wreszcie dur i błonica złośliwa, wywołująca taką panikę u ludności Rosyi południowej, z którą napróżno najczęściej staczały walkę oddziały czerwonego krzyża, tu mało są znane. Choroby połogowe, wszelkie zakażenia krwi, wodowstręt, wyjątkowo tylko się spotykają. Kobiety w ogóle płciowo późno się rozwijają, po wyjściu za mąż są płodne, według zebranych przeze mnie materyałów, ilość rodzących się średnio dzieci rocznie przewyższa o $^2/_3$ części zmarłych. — Chcąc wyśledzić, o ile życie osiadłego ludu jest dłuższe od koczującego, zebrałem dane na większe zasługujące zaufanie po cerkwiach prawosławnych; co do koczujących Buryatów, to czy rozmyślnie czy przez niedbałość ich administracyi zdają się ukrywać liczbę urodzin i śmierci tak, że w zebranych przeze mnie wiadomościach liczba wypadków śmierci o $^2/_3$ przeważa liczbę urodzin, z czem znając ich byt zgodzić się trudno, aby ten sam był los Buryatów, co wymierających północnych inorodców Syberyi jak Ostjaków lub Jakutów; przeciwnie, widząc i dotykając się bliżej spraw zdrowotnych tutejszych, jestem zdania, że ludzkość buryacka, żyjąc w swych jurtach koczowniczych, wśród niewygód, mocno jest zahartowana. Krwawa biegunka, jedyna może choroba zakaźna, corocznie latem nawiedzająca Zabajkalią i dająca znaczną śmiertelność pośród dzieci rosyjskiej osiadłej ludności, u Buryatów mało jest znaną; nie tak jedzenie surowizn (bo oprócz jagód holubic, czeremchy, innych Syberya nie posiada w let-

nich miesiącach), jak ochłodzenie żołądka sprawia porażenie organów trawienia u dzieci wątlejszych rasy europejskiej; zahartowana jednak na chłód i jedzenie rasa mongolska będąca aborygenami tutejszymi, chorobie tej znacznie mniej podlega. Co do cholery, ta nigdy jeszcze nie nawiedziła Syberyi Wschodniej; podczas epidemii w Rosyi europejskiej pokazała się już raz przed 30 laty w Zachodniej, a jesienią 1892 r. powtórnie nawiedziła dotkniętą głodem gubernię Tobolską, dziesiątkując jej ludność i dając na ogół wymarłej ludności poważną liczbę do 5 tysięcy. W gubernii Tomskiej z 900 chorych zmarło przeszło 400 a najdalszemi punktami, do których dotarła cholera, były powiatowe miasta Aczyńsk i Maryjsk z kilkoma ofiarami śmierci. Pomimo tego, iż epidemia nie przeszła granic gub. Jenisejskiej, jednakże ogromna jej śmiertelność w słabo i tak zaludnionej Syberyi, sprowadziła znaczną panikę na Syberyą Wschodnią, poczynającą wątpić, że i na przyszłość, zechce jej oszczędzić ta straszna choroba. Wzięto się po raz bodaj pierwszy, do asanizacyi miast i wsi, „powołania do niejakiej czynności komitetów zdrowia publicznego, nakreślenia projektów walki z oczekiwaną cholerą, wreszcie do sprowadzenia lekarzy, urządzenia kwarantanny i t. p.“ Czy w razie wznowienia się na wiosnę cholery, dziś przycichłej w Syberyi Zachodniej, przejdzie ona dalej na Wschód, ciekawem jest to pytanie. Jako stała mieszkanka Indyj i Chin, cholera w sposób zastraszający co lato dziesiątkuje ludność miejscową, tem mocniej, im dalej na południe, począwszy od stolicy państwa Niebieskiego, Pekinu, dalej Chańhau, Kałganie i inne większe i mniejsze miasta nawiedza. Przy nieustannych stósunkach z położoną o 4 tysiące wiorst nad powierzchnią morza Mongolią, graniczącą z Syberyą Wschodnią, wyniosłą krainą zabajkalską, — cholery jednak nigdy tu jeszcze nie zaniesiono. Zaobserwano to i w Indyach, iż są miejscowości, wyjęte od szerzenia się tej choroby; do rzędu ich zalicza Pettenkofer w Europie *(Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage)* pewne części miasta Monachium, Norymbergi, Fryburg; dalej słabo szerzy się zwykle cholera w Dreznie i wogóle w Saksonii, Inspruku, Salzburgu, Bozen, Lugdunie we Francyi i t. d. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Minister oświecenia austryacki przedłożył Izbie deputowanych Rady Państwa projekt do prawa w przedmiocie uzyskania funduszów na budowę zakładu anatomiczno-fizyologicznego dla przyszłego wydziału lekarskiego we Lwowie.

— Jak donosi *Medycyna*, opracowano nowy statut dla Zakopanego jako stacyi klimatycznej. Bawiący w tem miejscu już od pewnego czasu Drowie Matlakowski i Władysław Florkiewicz starają się o to, by z Zakopanego zrobić zimową stacyę dla chorych na płuca na wzór Davos.

— **Konkurs.** Dyrekcya kolei północnej (z Krakowa do Wiednia) ogłasza: Z dniem 1. czerwca r. b. będzie do obsadzenia posada lekarza kolejowego w Krakowie przy Dyrekcyi kolei północnej dla drogi żelaznej między Krakowem (wyłącznie) a Zabierzowem (włącznie) i Bonarką (włącznie). Stała roczna płaca 700 złr.; oprócz tego otrzymuje lekarz kolejowy wynagrodzenie w kwocie 100 złr. rocznie za użycie dla kolei swego pokoju ordynacyjnego, dopóki kolej nie urządzi dla niego własnego lokalu ordynacyjnego. Lekarze władający językiem polskim i niemieckim i mogący wykazać się kilkoletnią praktyką szpitalną w oddziałach chirurgicznych i położniczych mają wnieść podania do Dyrekcyi kolei najpóźniej do 15. kwietnia r. b. z dołączeniem żądanych świadectw.

— **Cholera.** W ostatnich dniach pojawił się znowu przypadek cholery w Hamburgu i również w Kudryńcach w powiecie borszczowskim w Galicyi. W Rosyi europejskiej występuje cholera jeszcze najbardziej w gubernii podolskiej, gdzie według urzędowych wiadomości od 13. do 28. lutego (s. s.) zachorowało 305 a umarło 59 osób.

— Ministrowie pruscy spraw wewnętrznych i oświaty wydali dwa ważne rozporządzenia tyczące się cholery. Z uwagi, że w ostatniej epidemii cholery pokazało się, że przywóz i przewóz szmat wszelkiego rodzaju, owoców, świeżych jarzyn, masła i sera z krajów cholerą nawiedzonych nie łączy się z żadnem szczególniejszem niebezpieczeństwem i że temu niebezpieczeństwu można zresztą zapobiegać skutecznie w inny sposób bez utrudnienia dla handlu, znosi się pierwszem rozporządzeniem zakaz wprowadzania z Rosyi do Niemiec wymienionych przedmiotów. Drugie rozporządzenie ogranicza desinfekcyą sukien i bielizny za wjazdem w granicę Niemiec tylko do osób na cholerę zapadłych lub o nią przynajmniej podejrzanych.

— Podczas jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego, odbyć się mającego w bieżącym roku w Rzymie, odbędzie się również międzynarodowa wystawa lekarsko-higieniczna z osobnemi oddziałami dla Krzyża Czerwonego, balneologii i hidrologii.

Miasto Rzym przeznaczyło na tę wystawę pałac Sztuk Pięknych leżący w bliskości miejsca posiedzeń kongresu.

Wystawa otwarta będzie 15. września, trwać będzie przynajmniej do 15. października i obejmować następujące działy:

1) Przyrządy, materyały i plany budynków do badań naukowych i technicznych z zakresu biologii, terapii i higieny.

2) Przyrządy, narzędzia i materyały pomocnicze terapii w różnych gałęziach medycyny.

3) Służba zdrowia i jej materyał techniczny w zakresie publicznej pomocy lekarskiej i ratunku.

4) Plany, modele i materyały w przedmiocie poprawy higienicznej ziemi i asanacyi miast.

5) Plany, przyrządy i materyały w zakresie higieny miast.

6) Plany, modele i materyały urządzeń higienicznych.

7) Przyrządy i materyały z zakresu higieny mieszkań i budynków publicznych.

8) Materyały, przyrządy i przedmioty z zakresu higieny osobistej.

9) Plany, modele, przyrządy i zakłady dla higieny robotników.

10) Nowe książki, fotografie, atlasy, litografie i druki, odnoszące się do nauk lekarskich, biologii i higieny.

Ministerstwo spraw wewnętrznych i komitet wystawy przeznaczają dyplomy i medale dla najlepszych wystawców.

Po programy i informacye zgłaszać się należy do prezesa komitetu wystawy, profesora L. Paglianiego w Rzymie, w gmachu ministerstwa spraw wewnętrznych.

— Drowie Sauvage i Leissen, którym rząd francuski przyznał medale brązowe z okazyi epidemii cholery w Lorient, uwiadomili podprefekta tego miasta, iż nie przyjmują medali sobie udzielonych, nie uważając ich za nagrodę stósowną do usług, jakie oddali miastu podczas epidemii.

— Akademia lekarska w Paryżu otrzymała upoważnienie do przyjęcia legatu Chevillona, przynoszącego rocznie 1500 franków dochodu a przeznaczonego na coroczną nagrodę za najlepszą pracę tyczącą się raka.

— W berlińskiej radzie miejskiej poruszono temi dniami sprawę ustanowienia posad dla lekarzy specyalistów w miejskich szpitalach.

— Paryż konsumuje obecnie rocznie lodu sztucznego około 27000 ton (tona = 1000 kilogramów czyli ciężarowi 1000 kwart warszawskich wody) w cenie po 18 do 19 franków za tonę i lodu naturalnego około 30000 ton po cenie 3 do 4 franków za tonę. Tej różnicy w cenie odpowiada także znaczna bardzo różnica w czystości tak, że w kołach właściwych noszą się z myślą zakazu wyrąbywania lodu z jeziorka Daumesnil w Vincennes jako bardzo zanieczyszczonego.

— Znany syfilidolog paryski, prof. Fournier twierdzi, że na wzór przysłowia o szewcu i dziurawych butach lekarze w cho-

robie najgorzej bywają leczeni, częścią przez obojętność i niedbalstwo ze strony kolegów, częścią przez sceptycyzm terapeutyczny, częścią przez zbytek radzących i leczących i brak jednolitego planu i kierunku. Nie chcemy zaprzeczać, że we Francyi jest tak, jak opisuje Fournier; że u nas bywa zwykle wprost przeciwnie, to zdaje nam się, że nie ulega żadnej wątpliwości. Bywają zapewne i wyjątki, ale gdzież reguła bez wyjątku?

— Z ostatniego zdania sprawy towarzystwa ku wspieraniu wdów i sierót istniejącego w lekarskiem kolegium doktorskiem wiedeńskiem dowiadujemy się, iż toż Towarzystwo miało w roku ubiegłym 329 członków, majątku 2554000 złr. i wsparło 172 wdów i sierót po lekarzach kwotą 117142 złr.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Lainz pod Wiedniem Dr. Józef Krypiakiewicz; w Warszawie Dr. Feliks Wójcikiewicz, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus; w Mohylowie podolsk. Dr. Jerzy Szudro.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 291/93. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza dla ustanowionego reskryptem wys. Wydziału krajowego z dnia 9. sierpnia 1892 l. 38180 okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron) zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7 ustawy z dnia 2. lutego 1891, Nr. 17 dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. kwietnia 1893.

Bohorodczany dnia 3. marca 1893.

31—3—3 Prezes: *Józef Szeliński.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.